Aus der Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin
der Universität Düsseldorf
Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin:
Dr. P. Helmich

Onkologische Daten aus der Kassenarztpraxis

Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Allgemein- und Fachärzten

Dissertation
zur
Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Sabine Brugger
Thomas Frenzel

1984

Yale
LIBRARY

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543905_0047

Aus der Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin

der Universität Düsseldorf

Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin:

Dr. P. Helmich

ONKOLOGISCHE DATEN AUS DER KASSENARZTPRAXIS

Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Allgemein- und Fachärzten

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Sabine Erugger

Thomas Frenzel

1984

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof. D. A. Hopf

Referent
gez.: Prof. Dr. W. Schneider

Korreferent
gez.: Prof. Dr. L. Beck

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Einleitung	1- 3
2.	Einführung in die Studie	4-22
	2.1 Teilnehmer und Untersuchungsgegenstand	4
	2.2 Methoden und Vorgehen	17
	2.3 Untersuchungsziel	18
	2.4 Kritik der Methode	2o
3.	Allgemeine epidemiologische Daten	23-34
	3.1 Anzahl der Praxen und Krebsfälle pro Praxis	23
	3.2 Fallzahl in Abhängigkeit von der Praxisgröße	25
	3.3 Tumorverteilung	27
	3.4 Prognose der Tumoren	31
4.	Personaldaten (Krankengeschichte)	35-54
	4.1 Durchschnittliche Behandlungsdauer und Prognose	36
	4.2 Prognose und Alter des Patienten	37
	4.3 Bisherige wesentliche Diagnosen - Multimorbidität	39
	4.4 Zusammenhang zwischen letzter Behandlung und Diagnosestellung	48
5.	Anamnese	55-67
	5.1 Erste Symptome	55
	5.2 Frühere ähnliche Beschwerden	6o
	5.3 Risikofaktoren und Prognose	63
	5.4 Onkologische Familienanamnese	66

6.	Diagnostik	68- 8o
	6.1 Verdachtsdiagnose	69
	6.2 Abklärung der Diagnose	72
	6.3 Möglichkeit einer früheren Diagnosestellung	76
7.	Therapie	81- 84
	7.1 Tumortherapie	81
	7.2 Veranlassung und Durchführung der spezifischen Therapie	82
	7.3 Aufgaben im onkologischen Therapieplan	83
8.	Nachsorge	85- 95
	8.1 Durchfürung der Nachsorge	86
	8.2 Qualität der Nachsorge	9o
9.	Terminalstadium	96-1o3
	9.1 Aufenthaltsort des Patienten im Terminalstadium und Frequenz der Hausbesuche	96
	9.2 Verordnete Medikamente	98
	9.3 Zusätzliche Maßnahmen zur medikamentösen Therapie	1oo
	9.4 Weiteres Hilfspersonal	1o1
	9.5 Gespräch über den nahenden Tod	1o2
1o.	Aufklärung	1o4-117
	1o.1 Aufklärung des Patienten	1o5
	1o.2 Aufklärung der Angehörigen	111
	1o.3 Schilderung der Prognose	112
	1o.4 Aufklärung in der Klinik	115

11. Allgemeine Fragen 118-131

11.1 Warnsymptome 118
11.2 Tumorhäufigkeit in der Praxis 121
11.3 Verdachtsdiagnose "bösartige Neubildung" 121
11.4 Bestätigung der Verdachtsdiagnose 122
11.5 Aufklärung des Patienten 123
11.6 Aufklärung der Angehörigen 124
11.7 Information aus der Klinik 126
11.8 Kontaktverlust zum Patienten nach Überweisung an Klinik oder Facharzt 126
11.9 Aufgaben im Rahmen der Krebsbehandlung 127

12. Zusammenfassung und Diskussion 132-153

12.1 Gemeinsame Merkmale aller Arztgruppen 132
12.2 Für die Allgemeinmediziner auf dem Land (AML) charakteristische Ergebnisse 142
12.3 Für die Allgemeinmediziner in der Stadt (AMS) charakteristische Ergebnisse 145
12.4 Für die Internisten (IM) charakteristische Ergebnisse 148
12.5 Für die nicht-internistischen Fachärzte (FA) charakteristische Ergebnisse 15o
12.6 Schlußwort 152

13. Literaturverzeichnis 154-158

1. Einleitung

"Es ist heute weitgehend unbekannt, was in der Praxis der verschiedenen niedergelassenen Ärzte vorgeht, welche Art und Gruppen von Patienten von ihnen betreut werden, welche Methoden der Diagnostik sie anwenden und wie ihr Verhältnis zu den Patienten ist.... Die klinische Medizin hat sich seit der Entstehung der Spezialfächer weiterentwickelt, während die Medizin des praktischen Arztes an der sehr rasch laufenden Weiterentwicklung kaum Anteil nehmen kann. Es ist daher von größter Wichtigkeit, genaue Informationen über die Tätigkeit der praktischen Ärzte und die Innenansicht ihrer Praxen zu gewinnen." /16/

Mit diesem Zitat aus einem Bericht des Gründungsausschusses über eine medizinisch-naturwissenschaftliche Hochschule in Ulm begann S. HÄUSSLER seine Antrittsvorlesung als erster Lehrbeauftragter für das Fach Allgemeinmedizin an der Universität Ulm am 12. Februar 1969. Zwar hat die Allgemeinmedizin in den darauffolgenden Jahren wissenschaftlich zunehmend an Bedeutung gewonnen, ist aber dennoch im Vergleich zu den anderen Spezialfächern "Stiefkind" medizinischer Forschung geblieben.

Einerseits ist das Fach "Allgemeinmedizin" seit 1978 fester Bestandteil der Approbationsordnung, andererseits ist die Zahl der Veröffentlichungen, insbesondere von Studien, die die Arbeit niedergelassener Allgemeinmediziner untersuchen und (wie in unserem Fall) mit der ihrer niedergelassenen spezialisierten Facharztkollegen vergleichen, klein.

In Anbetracht der Tatsache, daß Krebserkrankungen in der Todesursachenstatistik nach Herz-Kreislauferkrankungen bereits an zweiter Stelle stehen, und daß "alle Krebsdiagnostik in der Sprechstunde des Hausarztes beginnt" (K.-H. BAUER: Das Krebsproblem"), ergab sich für uns fast zwangsläufig als lohnendes Thema die Kombination dieser beiden Gebiete.

Als wir vor 2 Jahren begannen, Literatur hierfür zusammenzustellen, (u.a. mit Hilfe des Zentral-Computers der Wayne State University Detroit und der allgemeinmedizinischen Dokumentation von Prof. HÄHN, Hannover), stellte sich heraus, daß es keine vergleichbare Arbeit zu diesem Thema gibt. In der Mehrzahl der Veröffentlichungen handelte es sich vielmehr um Daten, die lediglich in einer (meist der eigenen) Praxis erhoben wurden oder um allgemeine Programme zur Krebsfrüherkennung und -nachsorge.

Die einzige uns bekannte onkologische Studie,an der mehrere Praxen beteiligt waren, beschränkte sich auf einige wenige Kriterien wie Inzidenz und Altersverteilung im Vergleich zwischen 3 Großpraxen, Raum Exeter, England /48/ .

Demgegenüber haben wir mit dieser Arbeit den Versuch unternommen, einen umfassenden Überblick über die Krebsmedizin in der Allgemein- und Fachpraxis zu gewinnen. Dies erschien uns nur möglich durch die Untersuchung möglichst vieler Praxen, die sich darüberhinaus z.T. in Größe, Lokalisation und Klientel unterschieden. Der Schwerpunkt lag hierbei mehr auf dem Vergleich zwischen diesen Praxen als auf einer Gegenüberstellung zu der an Universitäten gelehrten und praktizierten Onkologie. Aufgrund dieser sehr weit gefaßten Zielsetzung und der damit verbundenen Fülle von nicht immer exakt nachprüfbaren Daten (Vgl. Kap. 2.4) erschien es uns nicht möglich, eine streng stati-

stische Arbeit zu verfassen. Vielmehr soll diese Studie ein Beitrag zu einer notwendigen Bestandsaufnahme sein.

2. Einführung in die Studie

2.1 Teilnehmer und Untersuchungsgegenstand

An der Studie nahmen 42 niedergelassene Ärzte in 41 Praxen verschiedener Fachrichtungen (siehe Kap. 3.1) aus den Städten Mönchengladbach und Viersen sowie kleineren Ortschaften der angrenzenden ländlichen Gebiete teil. Waren noch 1 Jahr vor Beginn der Studie alle Ärzte der KV Bezirksstelle linker Niederrhein zur Teilnahme an einer onkologischen Studie eingeladen worden, so erklärten sich zuletzt ca. 80 Ärzte im Rahmen einer Fortbildungsversanstaltung der KV zur Mitarbeit bereit. Bei näherer Erläuterung der Studie und des damit für die Teilnehmer verbundenen nicht unerheblichen Arbeitsaufwandes gaben schließlich 48 niedergelassene Ärzte ihre definitive Zusage. Von diesen kündigten leider weitere sechs noch im Verlaufe der Studie ebenfalls ihre Mitarbeit auf, so daß sich schließlich nur noch 42 Ärzte an der Studie beteiligten.

Untersuchungsgegenstand waren die im Zeitraum vom 1. Mai 1980 bis 31. Mai 1981 neu diagnostizierten Fälle mit bösartigen Neubildungen. Hierzu zählten nicht nur solide Tumoren, sondern auch bösartige Systemerkrankungen wie z.B. Leukämien und maligne Lymphome. Der Einfachheit halber wird im folgenden jedoch oft nur von "Krebserkrankung" oder "Tumor" gesprochen.

Die Aufgabe der teilnehmenden Ärzte bestand nun darin, für jeden ihrer (neuen) Krebspatienten anhand des auf den folgenden Seiten (S. 6-13) abgedruckten Dokumentationsbogens Fragen über Diagnostik, Aufklärung und Therapie bis hin zur Nachsorge und ggf. zur Betreuung im Terminalstadium zu beantworten.

Darüberhinaus erhielt jeder Teilnehmer einen dreiseitigen allgemeinen Fragenteil (S. 14-16), in dem er unabhängig von den konkret dokumentierten Malignomfällen Auskunft über den allgemeinen Umgang mit Krebserkrankungen und Krebspatienten in seiner Praxis geben sollte.

Zusätzlich baten wir jeden Teilnehmer um Angaben zur Praxisgröße (Scheinzahl pro Quartal) und zum Zeitraum des Bestehens der Praxis; bei den Fachärzten erkundigten wir uns außerdem nach dem Prozentsatz der Zuweisungsfälle.

DOKUMENTATION EINES AB 1.5.1980 NEU IN DER PRAXIS DIAGNOSTIZIERTEN KREBSFALLES

I. PERSONALDATEN

Geschlecht: ☐ männl. ☐ weibl.

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

War der Patient schon vorher in Ihrer Behandlung (unabhängig von seinem jetzigen Leiden) ? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

Seit wann? .....

Wie oft im Jahr 1979? ☐ 0-3 mal

☐ mehr als 3 mal

Bisherige wesentliche Diagnosen: 1) .....

2) .....

3) .....

Letzte Behandlung weswegen? 1) .....

2) .....

JETZIGE ONKOLOGISCHE DIAGNOSE:

.....

II. ANAMNESE

Spezielle Eigenanamnese zur Krebserkrankung

1) Wem waren die ersten Symptome aufgefallen?

☐ Arzt, und zwar .....

☐ Angehöriger, und zwar .....

☐ Patient .....

2) Welche Symptome waren das? .....

.....

3) Hat der Patient auch schon früher ähnliche Beschwerden angegeben?

☐ nein, garnicht

☐ ja, einmal

☐ ja, mehrfach

Wenn ja:

Wie haben Sie damals diese Beschwerden beurteilt?

.....

.....

4) Welche Risikofaktoren bzw. Lebensdaten (Rauchgewohnheiten, familiäres Krebsvorkommen, frühere Krankheiten[x] haben Sie bei diesem Patienten an eine bösartige Neubildung denken lassen?

[x] Siehe auch Anhang "Begleiterkrankung"

.....

.....

5) Onkologische Familienanamnese (Siehe auch Anhang:"familiäre Häufung")

Sind Ihnen aus der Familie des Patienten weitere Krebsfälle bekannt?

☐ nein, die Familienanamnese ist diesbezüglich leer

☐ unbekannt

☐ ja, und zwar .....

III.DIAGNOSTIK

1) Wie lautete Ihre Verdachtsdiagnose? .....

.....

2) Die vorläufige Diagnose wurde abgeklärt durch

☐ eigene Praxis (Labor, Röntgen, klinische Untersuchung etc)

und zwar .....

☐ Überweisung an Facharzt für .....

☐ ambulant

☐ stationär

3) Wie weit war der Tumor fortgeschritten, als er von Ihnen diagnostiziert wurde?

☐ Carcinoma in situ

☐ lokal infiltrierend

☐ regionäre Lymphknotenmetastasen

☐ Fernmetastasen (wo) .....

4a) Wäre eine frühere Diagnosestellung möglich gewesen?

☐ ja

☐ nein

b) Wodurch ist sie verhindert worden?

☐ Patient ist zu spät gekommen

☐ Patient hat Frühsymptome nicht wahrgenommen

☐ Arzt hat Frühsymptome nicht wahrgenommen

☐ Patient hat Frühsymptome falsch gedeutet

☐ Arzt hat Frühsymptome falsch gedeutet

Welche Frühsymptome waren das? .....

.....

IV. THERAPIE

1) Worin besteht die Tumor-Therapie?

- ☐ kurative Operation
- ☐ palliative Operation
- ☐ Bestrahlung
- ☐ Zytostatika
- ☐ Hormon-Therapie

2) Wer hat die spezielle Therapie veranlaßt und durchgeführt?

- ☐ Onkologe bzw. onkologisches Zentrum
- ☐ Strahlentherapeut
- ☐ Chirurg
- ☐ Facharzt für .....

3) Welche Aufgabe haben Sie im onkologischen Therapieplan?

.....

.....

4) Wie beurteilen Sie den Heilungserfolg?

- ☐ sehr gut, vollständige Heilung möglich
- ☐ gut, 5-Jahres-Heilung möglich
- ☐ schlecht, 5-Jahres-Heilung unwahrscheinlich
- ☐ sehr schlecht, nur noch Palliativmaßnahmen möglich
- ☐ darüber kann ich keine Aussage machen

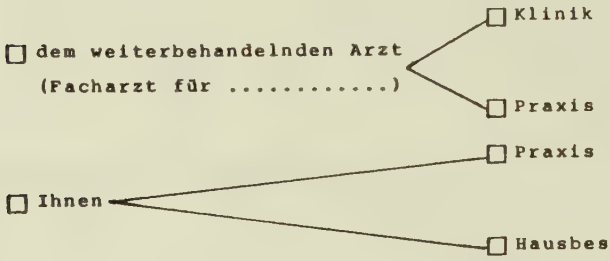
5) Ergänzende Bemerkungen zur Therapie:

.....

.....

V. NACHSORGE

1) Wem ist die Nachsorge anvertraut,und wo findet sie überwiegend statt?



☐ sonstigen Heilberufen (bitte nähere Angaben dazu) .....

.....

2) Worin besteht die Nachsorge?

a) die Nachsorge des weiterbehandelnden Arztes

☐ Röntgen-Kontrolle

☐ Labor-Kontrolle

☐ klinische Kontrolle

☐ sonstige Kontrolle

b) Ihre Nachsorge

☐ Röntgen-Kontrolle im Abstand von .....

☐ Labor-Kontrolle im Abstand von .....

☐ klinische Kontrolle im Abstand von .....

☐ sonstige Kontrolle im Abstand von .....

3) Wie oft sehen Sie den Patienten ?

☐ wöchentlich

☐ monatlich

☐ halbjährlich

☐ jährlich

4) Ergänzende Bemerkungen zur Nachsorge: .....

.....

VI. TERMINALSTADIUM

1) Wo befindet sich Ihr Patient im Terminalstadium?

☐ im Krankenhaus

☐ zu Hause

Sofern er sich zu Hause befindet:

Wie oft besuchen Sie ihn?

☐ täglich

☐ wöchentlich

☐ monatlich

2) Welche Medikamente verordnen Sie dem Patienten? (Bitte Präparatnamen) .....

.....

3) Welche Maßnahmen ergreifen Sie darüberhinaus ?

.....

.....

4) Welches Hilfspersonal steht Ihnen neben den Angehörigen zur Betreuung des Patienten zur Verfügung? .....

.....

5) Haben Sie mit dem Patienten über seinen nahenden Tod gesprochen?

☐ ja

☐ nein

6) Hat der Patient von sich aus bei Ihnen diese Themen angesprochen?

☐ ja

☐ nein

VII. AUFKLÄRUNG

1) Welche Information haben Sie diesem Patienten zu seiner bösartigen Erkrankung gegeben?

- ☐ Ich habe ihn über die Bösartigkeit seiner Erkrankung vollständig aufgeklärt.
- ☐ Ich habe ihn nicht über die Bösartigkeit seiner Erkrankung aufgeklärt.
- ☐ Ich habe ihn den Ernst seiner Erkrankung wissen lassen.
- ☐ Ich habe ihn nur über die Notwendigkeit eines therapeutischen Eingriffes aufgeklärt.
- ☐ Ich habe die Krankheit bagatellisiert, um dem Patienten die Hoffnung nicht zu nehmen.

2) Welche Informationen haben Sie den Angehörigen des Patienten zu seiner bösartigen Erkrankung gegeben?

- ☐ Ich habe sie über die Bösartigkeit der Erkrankung vollständig aufgeklärt.
- ☐ Ich habe sie nicht über die Bösartigkeit der Erkrankung aufgeklärt.
- ☐ Ich habe sie den Ernst der Erkrankung wissen lassen.
- ☐ Ich habe sie über die Notwendigkeit eines therapeutischen Eingriffes aufgeklärt.
- ☐ Ich habe die Krankheit bagatellisiert, weil .....
  .....

3) Wie haben Sie dem Patienten die Prognose geschildert?

- ☐ objektiv
- ☐ positiver als sie ist.
- ☐ ausweichend

4) Wie haben Sie den Angehörigen die Prognose geschildert?

- ☐ objektiv
- ☐ positiver als sie ist
- ☐ ausweichend

5) Für den Fall, daß Diagnostik und Therapie nicht bei Ihnen, sondern in der Klinik durchgeführt wurden:

a) Wie weit ist der Patient dort aufgeklärt worden?

☐ Man hat ihn über die Bösartigkeit seiner Erkrankung vollständig aufgeklärt.

☐ Man hat ihn nicht über die Bösartigkeit seiner Erkrankung aufgeklärt.

☐ Man hat ihn den Ernst seiner Erkrankung wissen lassen.

☐ Man hat ihn nur über die Notwendigkeit eines therapeutischen Eingriffes aufgeklärt.

☐ Man hat die Krankheit bagatellisiert.

b) Ging dies aus den Ihnen zugesandten Klinikunterlagen hervor?

☐ ja

☐ nein

ALLGEMEINE FRAGEN

1) Warnsymptome

Welche Früh- und Warnsymptome beachten Sie?	Anhand welcher der u.g. Symptome stellen Sie am häufigsten (bzw. seltener) die Verdachtsdiagnose Krebs? (anhand Schlüssel[x] eintragen)
Inappetenz	.....
Gewichtsabnahme	.....
Kachexie	.....
Gelenkbeschwerden	.....
auffällige Schmerzen	.....
Anämie	.....
Fieber	.....
Wesensveränderung	.....
Unregelmäßigkeiten der Verdauung	.....
Blut im Stuhl	.....
Blut im Sputum	.....
Tastbare Knoten oder Tumoren	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

[x] Schlüssel:
1: am häufigsten
2: häufig
3: manchmal
4: selten
5: praktisch nie

2) Welche Tumoren treten in Ihrer Praxis am häufigsten auf? Geben Sie sie bitte in abnehmender Häufigkeit an.

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

3) Wie oft haben Sie im Laufe der Studie (1.5.8o - 1.5.81) die Verdachtsdiagnose "bösartige Neubildung" gestellt, ohne daß sie sich bestätigt hat?

☐ mal

4) Bei welchen der nachstehenden Tumoren wird i.d.R. Ihre Verdachtsdiagnose bestätigt?

- ☐ Bronchial- oder Lungen- Ca.
- ☐ Mamma-Ca.
- ☐ Darm-Ca.
- ☐ Hirntumor
- ☐ Magen-Ca.
- ☐ Genital-Ca.
- ☐ Prostata-Ca.
- ☐ Leukämien (ALL,AML,CLL,CML)
- ☐ maligne Lymphome
- ☐ Sarkome
- ☐ mal. Melanom

5) Welche Informationen geben Sie dem Patienten über seinen Zustand?

a) bei guter Prognose
- ☐ objektive
- ☐ positivierende
- ☐ ausweichende
- ☐ gar keine

b) bei unsicherer Prognose
- ☐ objektive
- ☐ positivierende
- ☐ ausweichende
- ☐ gar keine

c) bei schlechter Prognose
- ☐ objektive
- ☐ positivierende
- ☐ ausweichende
- ☐ gar keine

6) Welche Informationen geben Sie den Angehörigen Ihrer Krebspatienten? (Bitte Schlüssel[x] benutzen)

- ☐ Ich sage ihnen das Gleiche wie dem Patienten (.....)
- ☐ Ich sage ihnen weniger als dem Patienten (.....)
- ☐ Ich kläre sie im Gegensatz zum Patienten voll auf(....)
- ☐ Hierüber kann ich keine generelle Aussage machen.

[x]Schlüssel: 1: selten
2: häufig
3: immer

7) Erhalten Sie vom weiterbehandelnden Facharzt bzw. der Klinik ausreichende Informationen über die dorthin überwiesenen Patienten?

- ☐ ja
- ☐ nein

8) Nach einer Überweisung in eine Klinik bzw. an einen Facharzt verliere ich häufig den Kontakt zu meinem Patienten.

☐ ja

☐ nein

9) Aufgaben im Rahmen der Krebsbehandlung:

a) Welche der nachstehenden Aufgaben im Rahmen der Krebsbehandlung kommt Ihnen am häufigsten zu?	b) Welche halten Sie für Ihre Belange für wichtig?	c) Halten Sie den gegenwärtigen Stand für ausreichend?	
☐ allg. Vorsorgeuntersuchung	☐	☐ ja	☐ nein
☐ Vorfeld-Diagnostik (Anamnese, Routine-Kontrollen etc.)	☐	☐ ja	☐ nein
☐ spezifische Diagnostik (bzw. Überweisung)	☐	☐ ja	☐ nein
☐ spezifische Therapie (bzw. Koordination mit dem Facharzt)	☐	☐ ja	☐ nein
☐ allgemeine Therapie (Sedierung, Analgesie)	☐	☐ ja	☐ nein
☐ Nachsorge (Hausbesuche, psychische Betreuung, Kontrolle)	☐	☐ ja	☐ nein

2.2 Methoden und Vorgehen

Nachdem das Konzept für die Studie feststand, begannen wir im Herbst 1979 mit der Ausarbeitung eines geeigneten Fragenkataloges. Diese Aufgabe gestaltete sich insofern als schwierig, als daß uns - wie eingangs erwähnt - kein vergleichbares Material zur Verfügung stand. In Anbetracht der Vielfalt der Fragen erschien es uns am sinnvollsten, den Dokumentationsbogen soweit wie möglich dem tatsächlichen chronologischen Ablauf einer Patientengeschichte anzupassen, wodurch sich die sieben Kapitel von Personaldaten (I) bis zur Aufklärung (VII) ergaben.

Das Multiple-Choice-Prinzip, in dem wir die Fragen weitgehend verfaßt haben, bot sich aus folgenden zwei Gründen an:

1) Die Arbeit wurde den teilnehmenden Ärzten erheblich erleichtert.
2) Die Antworten wurden einheitlich und damit für uns leichter auswertbar.

Es sei hinzugefügt, daß sich je nach Fragestellung eine oder mehrere Antwortmöglichkeiten ergaben.

Um aber den Beantwortungsrahmen nicht zu eng zu fassen, haben wir immer dann eine offene Fragestellung gewählt, wenn die Vielfalt der Antwortmöglichkeiten deren Vorgabe unzweckmäßig machte. Da wir davon ausgingen, daß sich Nachsorge und Therapie in unterschiedlichen Fachrichtungen auch unterschiedlich gestalten können, ließen wir in den entsprechenden Kapiteln unter den Punkten "Ergänzende Bemerkungen" Raum für individuelle Anmerkungen. Nach dem gleichen Prinzip gingen wir auch bei dem Abschnitt "Allgemeine Fragen" vor.

Zwei Monate vor Anlauf der Studie erhielt jeder Teilnehmer ein erstes Probeexemplar unseres Fragebogens, um sich damit rechtzeitig vertraut zu machen und Unklarheiten und Probleme aufzudecken, die wir dann

bei einem persönlichen Besuch einen Monat später klärten. Gleichzeitig überreichten wir einen Ordner mit 1o Dokumentationsbögen (entsprechend 1o neu diagnostizierten Krebsfällen im einjährigen Verlauf der Studie) sowie einen allgemeinen Fragebogen.

Auch im weiteren Verlauf erwies sich der persönliche Kontakt zu den Teilnehmern als unverzichtbar, zumal das Ausfüllen des Fragenkataloges die Ärzte im Alltagsbetrieb ihrer Praxis wohl mehr belastete als wir uns vorgestellt hatten.

Es sei bereits hier am Rande vermerkt, daß insbesondere zwei Fragen des allgemeinen Fragebogens (Fragen 3 und 9) häufig zu Mißverständnissen Anlaß gaben, so daß allein dadurch klärende Gespräche notwendig wurden.

Insgesamt brachten wir uns und die Studie in 3-4 persönlichen Besuchen sowie vielen Telefonaten und Briefen immer wieder in Erinnerung.

Beginn und Ende der Studie mußten wir mit einem Toleranzzeitraum von 1-2 Monaten versehen, da diese Zeit oft zwischen Verdachtsdiagnose und Zeitpunkt der endgültigen Diagnosesicherung verstreicht. So wurden z.B. auch noch solche Fälle in die Studie aufgenommen, die im April 198o bzw. Juni 1981 in der Praxis aufgetreten waren.

2.3 Untersuchungsziel

In der (allgemeinmedizinischen) Literatur zum Thema "Krebs beim niedergelassenen Arzt" wird immer wieder die besondere Rolle des Allgemein- bzw. Hausarztes in der Krebsmedizin betont und damit indirekt der des niedergelassenen Facharztes gegenübergestellt. In diesem Zusammenhang unterstreichen mehrere Autoren die besondere Beziehung des Hausarztes zu seinem Krebspatienten, den er schon seit langem betreut

und über dessen gesundheitliche, berufliche und familiäre Situation er gut informiert ist /22,24,2o,17,8/. Aus dieser Sonderstellung /57/ erwachsen ihm auf dem Gebiet der Früherkennung /22,19/, Überwachung von Risikopatienten /13,2o,22/, Diagnostik /1,2o/ und Nachsorge /25,26,1,27,28,54,43,51,18/ besondere Möglichkeiten und Aufgaben. Das gleiche gilt bis hin zur Aufklärung /59,57,15,31,34,62/ und psychischen Führung im Terminalstadium /57,62,59,31/.

Ein Ziel unserer Studie war es, anhand konkreter Zahlen dieses in der Literatur beschriebene besondere Tätigkeitsfeld des Allgemeinarztes zu untersuchen und der Leistung der Fachärzte gegenüberzustellen. (Siehe auch Kap. 2.1 und 2.2).

Hierbei erwies sich die einfache Gegenüberstellung von Allgemeinärzten und Fachärzten als unzureichend da beide Gruppen in sich zu inhomogen sind. So unterteilten wir die Allgemeinmediziner nach dem Sitz ihrer Praxis in Stadt- und Landpraktiker und folgten damit der offiziellen Gliederung der KV Niederrhein.

Die Fachärzte wiederum wurden nach internistischen und nicht-internistischen Disziplinen aufgeteilt, da sich die allgemeine innere Medizin der niedergelassenen Praxis in ihrer Ähnlichkeit mit der Allgemeinmedizin (HAMM: S. 52) deutlich von klar abgegrenzten kleineren Fachbereichen (z.B. Gynäkologie) abhebt.

Alle beteiligten Fachpraxen war in der Stadt lokalisiert.

Auf den folgenden Seiten haben wir zur Vereinfachung Abkürzungen für die 4 Arztgruppen eingeführt. Es bedeuten:

AML = Allgemeinmediziner Land
AMS = Allgemeinmediziner Stadt
IM = Internisten
FA = nicht-internistische Fachärzte

Weiteres Ziel sollte die Erarbeitung von in der Literatur kaum veröffentlichten Daten eher epidemiologischer Art sein, die unserer Meinung nach einen weiteren wichtigen Ansatz für die Analyse der Krebsdiagnostik in der Praxis liefern.

- Unterscheiden sich die verschiedenen Praxen wesentlich in ihrer Anzahl der Krebspatienten (im folgenden Fallzahl genannt) ?
- Unterscheiden sich die verschiedenen Praxen in der Altersverteilung ihrer Patienten und besteht eine Korrelation zur Fallzahl?
- Hat die Dauer des Arzt-Patienten-Verhältnisses einen Einfluß auf den Zeitpunkt der Diagnose?
- Welche Symptome oder Krankheiten wurden zuletzt vor Diagnose des Malignoms behandelt? Bestand bereits ein Zusammenhang?
- Hat Multimorbidität einen Einfluß auf die Krebsdiagnostik?

Diese allgemein epidemiologischen Daten wurden direkt an den Anfang der Auswertungen (Kap. 3) gestellt, so daß die auf den einzelnen Kapiteln des Dokumentationsbogens beruhenden Ergebnisse (Kap. 4-1o) in ihrer chronologischen Reihenfolge beibehalten werden.

2.4 Kritik der Methode

Das eingangs erläuterte Untersuchungsverfahren, das unserer Meinung nach für den Zweck dieser Studie optimal war, beinhaltet auch einige Schwachpunkte.
So waren sämtliche Angaben, auf denen diese Auswertungen beruhten, subjektiv bzw. in ihrer Objektivität nicht nachprüfbar. Es bestand z.B. für den Arzt, der Frühsymptome mehrfach überhört hatte, durchaus die Möglichkeit, dies bei der Frage "Hat der Patient schon früher ähnliche Beschwerden angegeben?" zu verschweigen.

Ebensowenig war die Fallzahl von uns nachprüfbar. Daher wurden die teilnehmenden Ärzte mehrfach mit dem Hinweis auf die strikte Anonymität, die in dieser Studie gewahrt blieb, um eine wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen gebeten.

In ganz besonderem Maße galt die Subjektivität für die "Beurteilung des Heilungserfolges" (Frage 4, Kap. IV) bzw. die Tumorprognose, die jedoch ihrerseits Grundlage vieler Untersuchungen war. Zudem wiesen die Antwortmöglichkeiten dieser Frage eine zu geringe Trennschärfe auf, da sowohl die Unterteilung in "sehr gute" und "gute" wie auch "sehr schlechte" und "schlechte" Prognosen mitunter willkürlich war. Dies ließ sich anhand der Angaben zur Frage "Wie weit war der Tumor fortgeschritten ?" (Frage 3, Kap. III) nach weisen. (Beispiel: bei zwei Adenokarzinomen der Mamma, bei gleichaltrigen Patientinnen mit gleicher Tumorprogredienz - Carcinoma lobulare in situ - wurden unterschiedliche Prognosen gestellt, nämlich "5-Jahresheilung möglich" und "vollständige Heilung möglich"). Da einzig und allein die Trennung in gute Prognosen einerseits und schlechte andererseits eine unter Einbeziehung der Tumorprogredienz nachprüfbare Objektivität aufwies, beschränkten sich die meisten nachfolgenden Statistiken auf nur 3 Kriterien, nämlich gute, schlechte und ungewisse Prognosen. Zu den guten Prognosen wurden "vollständige Heilung möglich" und "5-Jahresheilung möglich" und zu den schlechten Prognosen "5-Jahresheilung unwahrscheinlich" sowie "nur noch Palliativmaßnahmen möglich" und "verstorbene Fälle" gezählt. Unter dem Begriff "Prognose" ist in dieser Studie also keine medizinisch exakte Klassifizierung, etwa nach dem TNM-System zu verstehen, sondern eine subjektive Beurteilung des Heilungserfolges durch den teilnehmenden Arzt.

Die Angaben zur "onkologischen Diagnose" waren in

vielen Fällen zu ungenau. Meistens fehlte die genaue histologische Differenzierung (z.B. "Plattenepithelkarzinom" oder "Adenokarzinom"), was nicht nur die o.g. Nachprüfbarkeit der Tumorprognose unmöglich machte, sondern auch die Auswertung insbesondere der Kapitel "Nachsorge" und "Therapie" erschwerte bzw. teilweise sogar verhinderte.

Ein nicht unerheblicher Nachteil lag in dem Versäumnis, eine gesonderte Frage nach der Zeitspanne, die insgesamt zwischen Stellen der Verdachtsdiagnose und Verifizieren der Diagnose verstrichen war, einzuräumen. Aus einigen Randbemerkungen und persönlichen Gesprächen ging jedoch hervor, daß der Arzt den genauen Zeitpunkt der ersten Verdachtsdiagnose ohnehin nicht mehr exakt rückdatieren konnte.

Zum Schluß sei noch auf ein wesentliches Charakteristikum dieser Studie hingewiesen: die Auswahl der Ärzte war nicht zufällig, sondern stellte eine erhebliche Auslese dar, denn von sämtlichen zur KV linker Niederrhein gehörenden Ärzten nahmen letztendlich nur 42 niedergelassene Ärzte teil.
Dies war zwar im Vergleich zu anderen Studien, bei denen die Daten in nur 1-3 Praxen erhoben wurden, eine verhältnismäßig große Zahl, statistische Berechnungen wurden jedoch immer dann schwierig, wenn nicht die 253 Patienten dieser Studie, sondern spezifische Merkmale der Ärzte, u.U. nach Fachdisziplinen aufgeschlüsselt, Gegenstand der Untersuchung waren. Besonders bei der ohnehin inhomogenen Gruppe der nicht-internistischen Fachärzte bereitete dies Schwierigkeiten.

3. Allgemeine epidemiologische Daten

3.1 Anzahl der Praxen und Krebsfälle pro Praxis

42 Ärzte waren an der Studie beteiligt:

22 Allgemeinmediziner,
davon 1o AMS
und 12 AML

2o Fachärzte,
davon 1o IM
und 1o FA (3 Gynäkologen,
2 Orthopäden,
1 HNO-Arzt,
1 Neurologe,
1 Urologe,
1 Ophthalmologe,
1 Pädiater)

Insgesamt wurden 253 Krebsfälle im Verlauf der Studie neu diagnostiziert. Dies bedeutet, daß jeder Arzt durchschnittlich 6 bösartige Neubildungen festgestellt hat.

Doppeltes Aufführen von Patienten wurde durch Vergleich der jeweiligen Personaldaten der Patienten ausgeschlossen. (So wurde vermieden, daß ein beispielsweise von einem Allgemeinmediziner erstbehandelter und zur weiteren Diagnostik an einen an dieser Studie ebenfalls teilnehmenden Facharzt überwiesener Patient zweifach gezählt wurde.) Diese 253 Krebsfälle verteilten sich auf die 4 Arztgruppen wie folgt:

AMS 53 Malignome bei 1o Ärzten = 5,3 Fälle pro Arzt
AML 79 Malignome bei 12 Ärzten = 6,6 Fälle pro Arzt
IM 75 Malignome bei 1o Ärzten = 7,5 Fälle pro Arzt
FA 46 Malignome bei 1o Ärzten = 4,6 Fälle pro Arzt

(läßt man den Pädiater, der keinen Fall hatte,unberücksichtigt, so ergibt sich ein Durchschnitt von 5,1 Fällen pro Arzt)

Aufgrund der z.T. erheblichen Größenunterschiede der Praxen wurden die Scheinzahlen pro Quartal berücksichtigt und die aufgetretenen Krebsfälle auf 1ooo Scheine bezogen. Die hierfür zur Verfügung stehenden Zahlen stammen aus dem 1. Quartal 1981. In drei Fällen erhielten wir nur Angaben über die Größenordnung. Hier orientierten wir uns an den statistischen Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (siehe HAMM: Allgemeinmedizin, Thieme-Verlag, 1979, S. 7).

AMS: insgesamt 11.1oo Scheine/Quartal
durchschnittliche Praxisgröße: 1.11o Scheine
Krebsfälle bezogen auf 1.ooo Scheine: 4,77

AML: insgesamt 21.123 Scheine/Quartal
durchschnittliche Praxisgröße: 1.624 Scheine
Krebsfälle bezogen auf 1.ooo Scheine: 3,74

IM: insgesamt 11.65o Scheine/Quartal
durchschnittliche Praxisgröße: 1.165 Scheine
Krebsfälle bezogen auf 1.ooo Scheine: 6,44

FA: insgesamt 9 Praxen (auch hier wurde der Pädiater nicht berücksichtigt) mit 13.2oo Scheinen/Quartal
durchschnittliche Praxisgröße: 1.467 Scheine
Krebsfälle bezogen auf 1.ooo Scheine: 3,48.

Die annähernd gleiche Verteilung der Ärzte auf 4 Gruppen (AMS, AML, IM und FA) macht diese miteinander vergleichbar.

- Auffallend ist die überdurchschnittlich hohe Scheinzahl der allgemeinmedizinischen Landarztpraxen (AML) sowie der nicht-internistischen Facharztpraxen (FA), wobei hinzugefügt werden muß, daß hieran die Praxen der 2 Orthopäden und des einen Urologen maßgeblichen Anteil haben.
- Interessant ist weiterhin, daß in eben diesen beiden Gruppen die durchschnittliche Zahl der Krebsfälle

bezogen auf 1.000 Scheine pro Quartal kleiner ist als in den beiden anderen Gruppen (AML 3,74 und FA 3,48 gegenüber AMS 4,77 und IM 6,49). Auf diesen Sachverhalt wird im folgenden Kapitel weiter eingegangen.
Weiter hervorzuheben ist, daß sowohl die Zahl der Krebsfälle pro Arzt als auch die auf 1.000 Scheine pro Quartal bezogene Fallzahl bei den Internisten (IM) am höchsten ist.

3.2 Fallzahl in Abhängigkeit von der Praxisgröße

Um zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen Praxisgröße (=Scheinzahl) und Fallzahl gibt, wurde das übliche statistische Verfahren zur Berechnung der linearen Abhängigkeit zweier Merkmale angewandt.
Hierbei war Merkmal x die Scheinzahl pro Quartal
und Merkmal y die Fallzahl bezogen auf 1.000 Scheine.
Die Daten aller 42 Praxen (n=42) flossen in die Beobachtung ein. Auf detaillierte Untersuchungen der 4 Arztgruppen mußte verzichtet werden, da das Zahlenmaterial sonst zu klein geworden wäre.

Alle 42 erhobenen Datenpaare sind in der folgenden Tabelle 3.1 zusammengefaßt.

Es zeigte sich bei der Berechnung der Regressionsgeraden, daß keine signifikante Korrelation zwischen Scheinzahl und Fallzahl besteht.

Tabelle 3.1: Scheinzahl pro Quartal und Fallzahl auf 1 000 Scheine

n_x	x Scheinzahl	Fallzahl	y Fallzahl/1 000 Scheine
1	800	3	3,75
2	1 000	6	6,00
3	1 000	5	5,00
4	1 500	0	0
5	1 500	2	1,33
6	1 500	8	5,33
7	1 500	7	4,67
8	1 700	o	o
9	1 700	2	1,18
10	2 500	13	5,20
11	800	11	13,75
12	900	1	1,11
13	950	10	10,53
14	1 000	4	4,00
15	1 050	6	5,71
16	1 100	12	10,91
17	1 100	18	16,36
18	1 250	4	3,20
19	1 700	4	2,35
20	1 800	5	2,78
21	550	4	7,27
22	700	7	10,00
23	800	5	6,25
24	900	0	0
25	950	9	9,47
26	1 000	3	3,00
27	1 200	4	3,33
28	1 500	2	1,33
29	1 700	13	7,65
30	1 800	6	3,33
31	850	4	4,71
32	1 073	2	1,86
33	1 100	1	0,91
34	1 600	9	5,63
35	1 700	4	2,35
36	1 700	9	5,29
37	1 800	5	2,78
38	1 900	5	2,63
39	2 000	18	9,00
40	2 000	6	3,00
41	2 150	7	3,26
42	3 250	9	2,77
N = 42	$\bar{x}$ = 1 394,59		$\bar{y}$ = 4,7376

3.3 Tumorverteilung

Die Verteilung der einzelnen in dieser Studie aufgetretenen Tumoren interessierte in erster Linie im Hinblick auf ihre relative Häufigkeit bei den verschiedenen Fachdisziplinen. Dennoch sollen in einer Gesamtübersicht (Abb. 2) zunächst alle Tumoren in ihrer relativen und absoluten Häufigkeit aufgezeigt werden. Ein Vergleich mit anderen öffentlichen Statistiken ist leider insofern schwer möglich, als zum einen die Bundesanstalt für Statistik nur über Daten bezüglich der Krebsmortalität nicht aber der -inzidenz verfügt, und zum anderen ein Krebsregister für das Land Nordrhein-Westfalen (noch) nicht besteht. Zudem beziehen sich diese Zahlen jeweils auf 1oo.ooo der Gesamtbevölkerung.

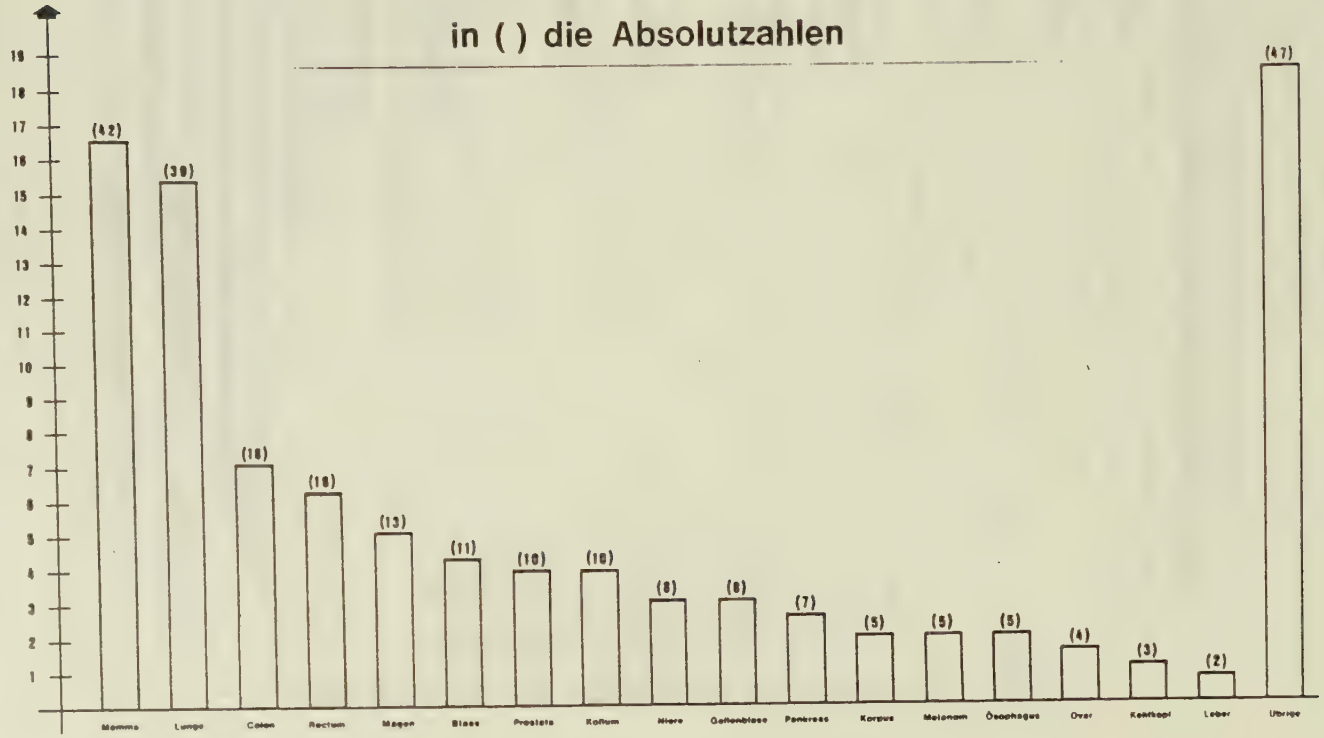
Um dennoch zumindest einen groben Anhalt für die Größenordnung der Verteilung einzelner Tumoren zu haben, wurden den Zahlen dieser Studie die Daten des Krebsregisters Saarland (/41/) gegenübergestellt. (Tab. 3.2).

Tabelle 3.2 : Inzidenz einiger bösartiger Neubildungen (ivH)

	in dieser Studie	Krebsregister Saarland
Mamma	16,6	11,7
Lunge	15,4	14,0
Colon	7,1	6,7
Rektum	6,3	6,0
Magen	5,1	9,1
Blase	4,4	-
Kollum	4,0	4,9
Prostata	4,0	4,9
Gallenblase	3,2	-
Pankreas	2,8	-
Korpus	2,0	4,3
insgesamt	253 = 100 %	12 048 = 100 %

Selbst unter nur groben Vergleichsbedingungen (s.o.) besteht doch für die häufigsten Karzinome eine relativ hohe Übereinstimmung.
Auch die Rangfolge der einzelnen Tumorarten ist in etwa vergleichbar. Eine Gesamtübersicht über die Inzidenz der einzelnen Tumoren wie auch deren Rangfolge bieten Abbildung 2 und 3. Hierbei konnten in Abb. 3 Fachärzte nicht berücksichtigt werden, da sich aufgrund ihrer Spezialisierung eine nicht vergleichbare Tumorverteilung ergibt (z.B. nur gynäkologische Tumoren bei Gynäkologen etc.).

Abb. 2: Häufigkeit einzelner Tumoren
(alle 4 Fachdisziplinen zusammen)
253 = 100 %
in ( ) die Absolutzahlen



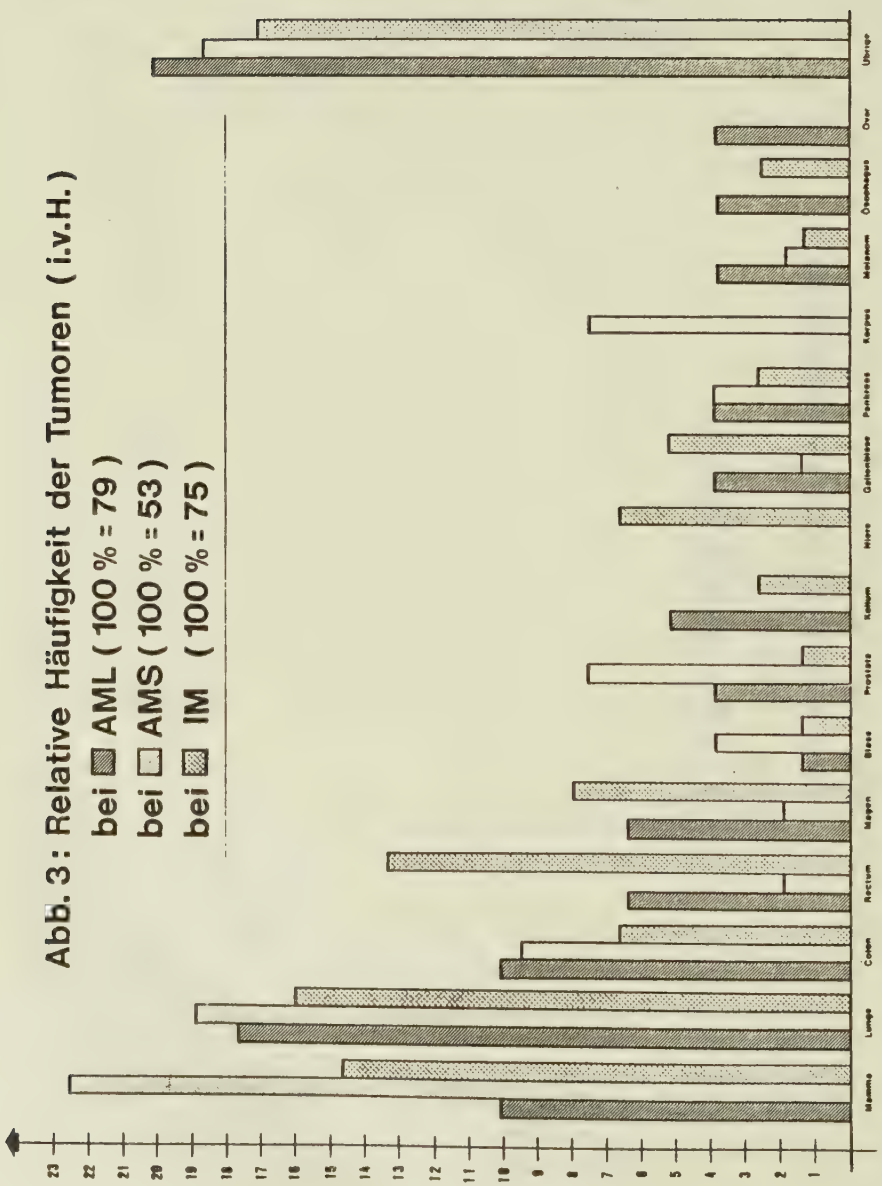


Abb. 3: Relative Häufigkeit der Tumoren (i.v.H.)
bei ▩ AML (100 % = 79)
bei □ AMS (100 % = 53)
bei ▨ IM (100 % = 75)
Mamma
Lunge
Colon
Rectum
Magen
Blase
Prostata
Kehlkopf
Niere
Gallenblase
Pankreas
Korpus
Melanom
Ösophagus
Ovar
Übrige

Die Inzidenzen der bösartigen Neubildungen in dieser Studie stimmen weitgehend mit den Inzidenzen des Krebsregisters Saarland überein (Tab. 3.2).

Das Mammakarzinom ist insgesamt gesehen das häufigste Neoplasma dieser Studie (Abb. 2). Daran haben die 3 gynäkologischen Praxen nicht unmaßgeblichen Anteil (3 von 42 = 7%). Erstaunlich hoch war jedoch auch die Rate der Mammakarzinome (22,6%) bei AMS (Vgl. Abb. 3).

Die Bronchialkarzinome verteilten sich gleichmäßig auf AML, AMS und IM (Abb. 3).

Wie erwartet folgten insgesamt in der relativen Häufigkeit die Tumoren des Magen-Darm-Traktes, wobei die Internisten das Rektumkarzinom wesentlich häufiger entdeckten als die Allgemeinmediziner. Umgekehrt diagnostizierten sie Kolonkarzinome am seltensten (Abb. 3). Rektum- und Magenkarzinome traten bei den Allgemeinmedizinern in der Stadt wesentlich seltener auf als bei AML und IM.

Das Prostatakarzinom hingegen belegte bei AMS im Gegensatz zu AML und IM bereits den 4. Rang der Häufigkeitsverteilung.

Bösartige Tumoren der Niere wurden in dieser Studie (abgesehen von FA) ausschließlich von Internisten diagnostiziert, Korpuskarzinome wiederum ausschließlich von AMS (wieder ohne FA).

3.4 Prognose der Tumoren

Ausgangspunkt der Auswertungen waren die Antworten zur Frage nach der Beurteilung des Heilungserfolges in Kapitel IV des Dokumentationsbogens. Trotz der in Kapitel 2.4 bereits angesprochenen Schwierigkeiten bezüglich der Trennschärfe zwischen den einzelnen Prognosen sowie der deutlichen Subjektivität wurde

bewußt die Unterteilung in die 5 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten beibehalten, da sich hier doch einige interessante Detaills ergaben.

Im folgenden werden die unterschiedlichen Prognosen der Einfachheit halber mit Zahlen benannt. Es bedeuten:

1 = sehr gut, vollständige Heilung möglich
2 = gut, 5-Jahresheilung möglich
3 = schlecht, 5-Jahresheilung unwahrscheinlich
4 = sehr schlecht, nur noch Palliativmaßnahmen mögl.
5 = Patient verstorben
6 = Prognose ungewiß (bzw. nicht beurteilbar).

Tabelle 3.3 zeigt zunächst das Ergebnis für alle Tumoren zusammen:

Tab. 3.3: **Prognose aller Tumoren bei der Entdeckung (ivH)**

	insgesamt	1	2	3	4	5	6
AML	79 = 100 %	19	20	8	22	27	6
AMS	53 = 100 %	21	15	11	25	19	9
IM	75 = 100 %	13	27	16	24	12	8
FA	46 = 100 %	15	28	26	13	9	9
$\sum$	253 = 100 %	17	23	14	21	17	8

Wie die Tabelle zeigt, haben insgesamt nur 4o% der bösartigen Erkrankungen eine gute Prognose (1+2), wobei sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den 4 Arztgruppen ergeben.

Innerhalb der Rubrik "schlechte Prognosen" (3) jedoch heben sich v.a. FA und AML deutlich vom Gesamtbild ab.

Wird bei AML in 8% der Fälle die 5-Jahresheilung als unwahrscheinlich angesehen, sind es bei FA 26% (gegenüber 11% bzw 16% bei AMS bzw. IM).

Umgekehrt waren "nur" 9% der FA-Krebspatienten bereits verstorben, während hier der Anteil der AML-Patienten bei 27% (!) lag. (Gegenüber 19% bzw. 12% bei AMS bzw. IM).

Die Zahl der Fälle, in denen der Arzt keine Aussage über die Prognose machen konnte, war bei allen Fachdisziplinen in etwa gleich (Rubrik 6).

Wie sehr die Prognose auch von der Art des Tumors abhing, zeigt die folgende Tabelle. Aufgrund des sonst zu geringen Zahlenumfanges mußte leider auf eine Differenzierung zwischen den Arztgruppen verzichtet werden. Zusätzlich wurden die 6 verschiedenen Prognosen in "gut", "schlecht" und "ungewiß" neu unterteilt.

Berücksichtigt wurden die 5 häufigsten Tumoren dieser Studie, nämlich das Mammakarzinom, das Bronchialkarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom sowie das Magenkarzinom.

Tabelle 3.4: Prognose der 5 häufigsten Karzinome (ivH) (alle 4 Arztgruppen zusammen)

	Prognose			
TUMOR	gute	schlechte	ungewisse	insgesamt
Mamma-Ca	54,8	35,7	9,5	42=1oo%
Bronchial-Ca	12,8	82,1	5,1	39=1oo%
Kolon-Ca	55,6	38,9	5,5	18=1oo%
Rektum-Ca	37,5	5o,o	12,5	16=1oo%
Magen-Ca	15,4	84,6	o	13=1oo%

Während dem Mammakarzinom und den Kolontumoren eine überwiegend gute Prognose gegeben wurde, lag die Zahl schlechter Prognosen bei Rektumkarzinomen bereits bei 5o%. (Dieses Ergebnis ist im Vergleich zum Kolonkarzinom insofern überraschend, als ja gerade die Tumoren des Rektum in 2/3 aller Fälle digital zu tasten und somit bei regelmäßiger Vorsorgeuntersuchung verhältnismäßig früh zu erfassen sind.) Die mit Abstand schlechtesten Prognosen hatten die Bronchialkarzinome sowie die bösartigen Tumoren des Magens.

Abschließend seien noch 4 Ergebnisse hinzugefügt, die aufgrund der nicht vorgenommenen Differenzierung in die jeweilige Fachrichtung aus der Tabelle 3.4 nicht hervorgehen:

7 von 8 Fällen mit Mammakarzinom gaben die Allgemeinmediziner auf dem Land eine gute Prognose.

Ebenfalls die höchste Rate guter Prognosen hatten die AML beim Kolonkarzinom mit 6 von 8 Fällen.

Der Anteil guter Prognosen beim Rektumkarzinom kam praktisch ausschließlich durch die Internisten zustande, die ohnehin fast zwei Drittel aller Rektumkarzinome diagnostizierten (Vgl. Abb. 3, Kap. 3.3).

Am wenigsten Krebspatienten waren bei den FA verstorben, während die AML jeden vierten Patienten durch den Tod verloren. Mögliche Ursachen hierfür könnten einerseits in der relativ hohen Zahl von Bronchial- und Ösophaguskarzinomen bei AML liegen (also dem hohen Anteil von Tumoren mit praktisch stets infauster Prognose), andererseits u.U. an einer anderen Alters- und Krankenstruktur des AML-Patientengutes. Auch der so häufig zitierte späte Arztbesuch der Landbevölkerung könnte Ursache sein (siehe zu diesen Punkten die Kapitel 4.2, 4.3 und 4.4).

4. Personaldaten (Krankengeschichte)

In diesem Kapitel soll anhand folgender Daten des Abschnitt I des Dokumentationsbogens untersucht werden, inwieweit die Krankengeschichte Einfluß auf die Krebsdiagnostik von Fachärzten und Allgemeinmedizinern hat, und ob hierin wesentliche Unterschiede zwischen den 4 Arztgruppen bestehen.

- Wie lange befand der Patient sich bereits in Behandlung?
- Welche wesentlichen anderen Krankheiten wurden zuvor behandelt? (Hat Multimorbidität Einfluß auf die Krebsdiagnostik?)
- Welche Krankheit oder welches Symptom wurde zuletzt vor der Krebserkrankung behandelt? Bestanden bereits Zusammenhänge?

Die Angaben zu Geschlecht und Beruf lieferten in diesem Zusammenhang aus folgenden Gründen keine sinnvollen Ergebnisse:

- Die Geschlechtsverteilung der beiden häufigsten (außer Mammakarzinom) in dieser Studie erfaßten Tumoren ist zwar nicht identisch mit der Geschlechtsverteilung dieser Tumoren in der BRD, beim Bronchialkarzinom ♂:♀ = 5:1 (gegenüber 9:1 in der BRD) und bei Kolon-und Rektumkarzinom ♂:♀ = 3:4 (gegenüber 3:2 in der BRD). Ein etwaiger Zusammenhang aber zwischen den z.T. sehr unterschiedlichen Krankenvorgeschichten und dieser Gechlechtsverteilung entzieht sich unserer Untersuchung.
- Als Berufsbezeichnung wurde in der Mehrzahl der Fälle "Rentner" angegeben. Dies ist für eine Untersuchung zu allgemein.

4.1 Durchschnittliche Behandlungsdauer und Prognose

In dem im Kapitel 2.3 beschriebenen Untersuchungsziel wurde bereits auf die in der Literatur so oft beschriebene Sonderfunktion des Hausarztes als langjähriger Betreuer seiner Patienten hingewiesen /8, 17, 2o, 22, 24/. In diesem Zusammenhang soll nun untersucht werden, inwieweit die Behandlungsdauer tatsächlich Einfluß auf die Diagnostik und somit auf die Prognose des Tumors hat.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug bei
AML 5,85 Jahre,
AMS 9,88 Jahre,
IM 3,88 Jahre,
FA 1,8 Jahre.

Die Allgemeinmediziner - insbesondere die in der Stadt niedergelassenen - betreuten also tatsächlich ihre Patienten seit wesentlich längerer Zeit als ihre Fachkollegen.
Die Tatsache, daß die durchschnittliche Behandlungsdauer der AML in dieser Studie unter der der AMS liegt, hat ihren Grund darin, daß 5 von den 1o beteiligten Landärzten ihre Praxis erst nach 1975 eröffnet hatten. Der hier ermittelte Wert entspricht somit nicht dem bundesdeutschen Durchschnitt, demzufolge die durchschnittliche Behandlungsdauer der auf dem Land niedergelassenen Praktiker wesentlich über der der in der Stadt niedergelassenen Kollegen liegt.

Welchen Einfluß hat nun die durchschnittliche Behandlungsdauer auf die Prognose?
Um dies zu untersuchen, wurden den jeweiligen Prognosen (gut, schlecht, ungewiß) die entsprechende Behandlungsdauer zugeordnet (Tab. 4.1).

Tabelle 4.1: Prognose und Behandlungsdauer (in Jahren)

	durchschnittliche Behandlungsdauer bei guter Prognose	schlechter Prognose	ungewisser Prognose	Zahl der untersuchten Fälle
AML	6,24	6,01	4,5	n = 78 *)
AMS	12,51	8,93	7,6	n = 53
IM	3,05	4,43	4,33	n = 75
FA	2,39	1,17	1,0	n = 46
$\sum$	5,8	5,24	4,53	n = 252

*)1 Angabe zur Behandlungsdauer fehlte

Außer bei den Allgemeinmedizinern in der Stadt gibt es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Prognose.

4.2 Prognose und Alter des Patienten

Analog zum vorigen Kapitel wurde der Zusammenhang zwischen Alter des Patienten und Prognose untersucht. Das durchschnittliche Alter des Krebspatienten war bei

AML 61,9 Jahre,
AMS 64,4 Jahre,
IM 62,6 Jahre,
FA 59,3 Jahre.

Im Gegensatz zur Behandlungsdauer gab es in Bezug auf das Patientenalter keine wesentlichen Unterschiede zwischen den 4 Arztgruppen.
Wieder wurde den jeweiligen Prognosen das entsprechende Patientenalter zugeordnet und die Ergebnisse in Tab. 4.2 zusammengefaßt.

Tabelle 4.2: Prognose und Patientenalter (in Jahren)

	Durchschnittliches Patientenalter bei guter Prognose	schlechter Prognose	ungewisser Prognose	Zahl der untersuchten Fälle
AML	56,0	62,6	61	n = 79
AMS	58,5	64,5	66,5	n = 53
IM	63,4	64,7	69	n = 75
FA	57,9	63,1	67,8	n = 46
$\sum$	58,9	63,9	66,3	n = 253

- Im Durchschnitt waren die Krebspatienten bei allen Fachdisziplinen gleich alt.
- Jüngere Patienten hatten bei AML, AMS und FA die eindeutig besseren Prognosen.
- Patienten mit ungewisser Prognose waren außer bei AML älter als andere Patienten.

Diese Ergebnisse sind in ihrer Aussagekraft allerdings insofern einzuschränken, als daß

- nicht klar ist, ob bei den Patienten mit besserer Prognose eine intensivere Diagnostik betrieben wurde, weil sie jünger waren, oder ob sie an Tumoren mit ohnehin besserer Prognose erkrankt waren.
- ältere Patienten womöglich aufgrund einer wahrscheinlicheren Multimorbidität unabhängig von Diagnostik und Tumorart von vorneherein eine schlechtere Prognose hatten.

4.3 Bisherige wesentliche Diagnosen - Multimorbidität

Die unter der Frage "Bisherige wesentliche Diagnosen" angegebenen Krankheiten wurden zunächst in übergeordneten Krankheitsgruppen zusammengefaßt. So wurde z.B. das gleichzeitige Auftreten von Hypertonie und koronarer Herzkrankheit als eine Erkrankung dem Komplex der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugeordnet.

Nach Häufigkeit der Nennungen aufgeschlüsselt ergibt sich für die 4 Arztgruppen folgendes Bild:

AMS:	AML:
1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2. Orthopädische Erkrankungen	2. Orthopädische Erkrankungen
3. Magen-Darm-Erkrankungen	3. Lungen-Erkrankungen
4. Lungen-Erkrankungen	4. Stoffwechselkrankheiten
5. Erkältungskrankheiten	5. Magen-Darm-Erkrankungen
6. Urologische Erkrankungen	6. Leber-Galle-Pankreas-Erkrank
7. Stoffwechselkrankheiten	7. Hämatologische Erkrankungen
8. Leber-Galle-Pankreas-Erkrank.	8. neurolog.-psychiatr. Erkrank
9. vorher nicht in Behandlung	9. Erkältungskrankheiten

IM:	FA:
1. Herz-Kreislauferkrankungen	1. vorher nicht in Behandlung
2. Orthopädische Erkrankungen	2. Gynäkologische Erkrankungen
3. Lungen-Erkrankungen	3. Neurolog.-psychiatr. Erkrank
4. Magen-Darm-Erkrankungen	4. Urologische Erkrankungen
5. Stoffwechselkrankheiten	5. Erkältungskrankheiten
6. vorher nicht in Behandlung	6. Hautkrankheiten
7. neurolog.-psychiatr. Erkrank.	
8. Urologische Erkrankungen	
9. Gynäkologische Erkrankungen	

MULTIMORBIDITÄT

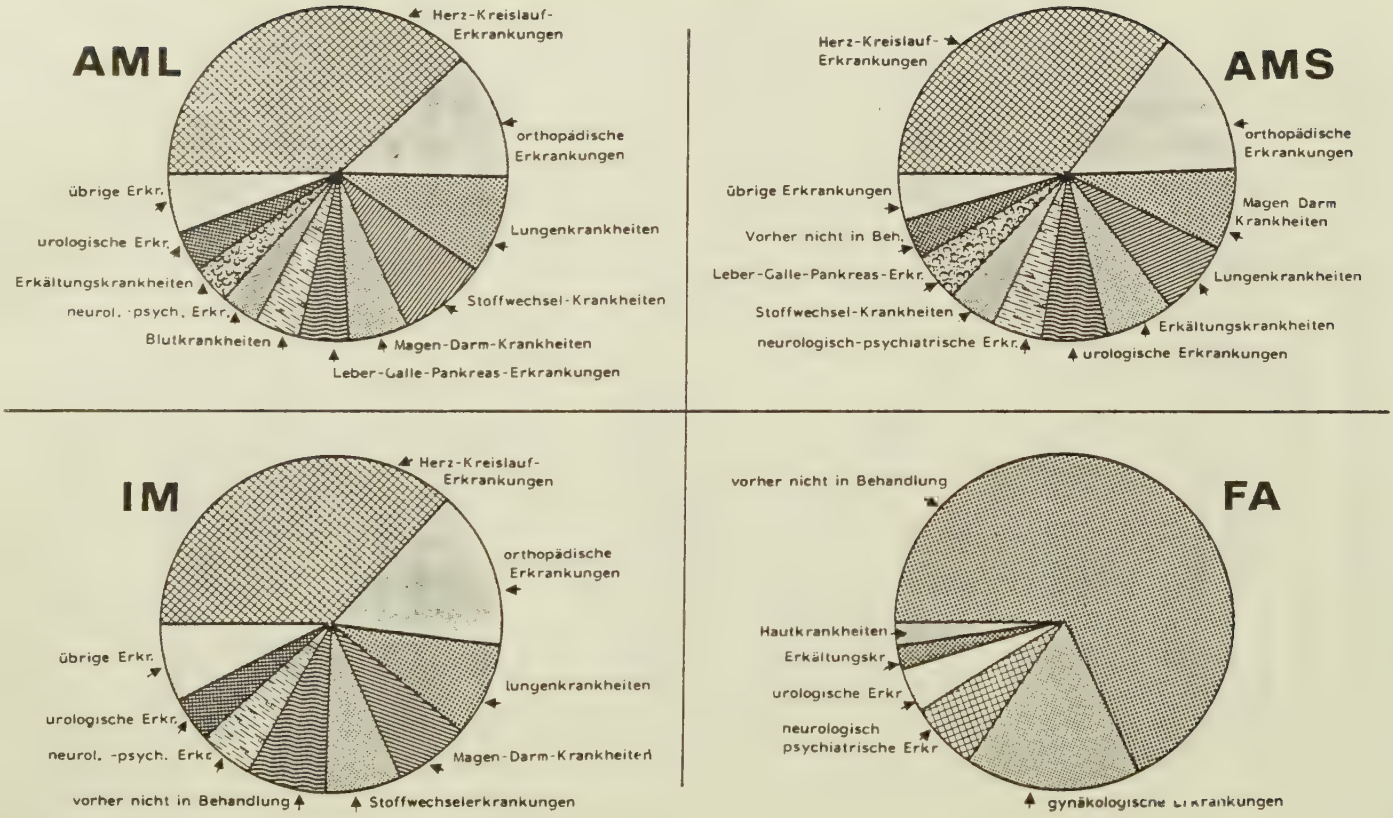


Abb.: 6

All diese o.g. Krankheiten waren also Vor-bzw. Begleiterkrankungen eines jeden Tumorpatienten zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose. Ihnen wurde nun jeweils die Tumorprognose, die der betreffende Arzt dem Patienten zum Zeitpunkt der Tumordiagnose gab, gegenübergestellt, wobei jeder einzelnen Vorerkrankung die entsprechende Krebsprognose zugeordnet wurde:
(Da die meisten Krebspatienten an mehr als einer Vorerkrankung litten, wurde so die jeweilige Prognose mehrfach zugeordnet.)

AML

Erkrankungen	Prognose						S	in %
	voll H. mgl.	5-JH mgl.	5-JH unwahr.	Pall.	+	?		
Herzkreislauf	12	16	6	15	19	3	71	37,8
Magen-Darm	2	1	2	1	5	0	11	5.9
Stoffwechsel	4	1	0	5	6	0	16	8,5
Gyn. Erkrank.	3	1	0	0	0	0	4	2,1
Orthopäd. Erkr.	4	6	4	5	4	1	24	12,8
Lunge	0	5	3	4	6	0	18	9,6
Neuro-Psych. Erkr.	6	1	0	0	0	0	7	3,7
Erkältungen	1	2	0	1	2	1	7	3,7
Urolog. Erkrank.	2	1	0	1	3	0	7	3,7
Bagatellerkrank.	1	0	0	1	1	0	3	1,6
Leber-, Galle-Pankreas-Erkrank.	0	0	1	2	5	1	9	4,8
Blut	1	3	0	3	1	0	8	4,3
Haut	0	0	0	0	0	0	0	0
Ø Behandlg.	1	0	0	1	0	1	3	1,6
insgesamt	37	39	16	39	52	7	188	= 100 %
in %	19,7	19,7	8,5	20,7	27,7	3,7		

Tabelle 4.3: Vor- bzw. Begleiterkrankungen und Tumorprognose bei AML

Zeichenerklärung: + = verstorben
? = ungewisse Prognose
S = Summe

Multimorbidität

AMS

Erkrankungen	Prognose							
	voll H. mgl.	5-JH mgl.	5-JH unwahr.	Pall.	+	?	S.	in %
Herzkreislauf	8	9	8	4	11	5	45	35,4
Magen-Darm	3	0	0	2	4	1	10	7,9
Stoffwechsel	1	1	2	0	1	1	6	4,7
Gynäkol. Erkr.	1	0	0	1	0	0	2	1,6
Orthopäd. Erkr.	3	2	2	2	4	5	18	14,2
Lunge	1	1	3	1	3	0	9	7,1
Neuro/psych. Erkr.	0	1	1	2	2	0	6	4,7
Erkältungen	3	1	0	3	0	1	8	6,3
Urolog. Erkr.	2	0	1	3	1	1	8	6,3
Bagatellerkr.	0	0	0	0	0	0	0	0
Leber-, Galle-Pankreas-Erkr.	2	1	1	1	0	1	6	4,7
Blut	0	1	0	0	1	0	2	1,6
Haut	0	1	0	1	0	0	2	1,6
Ø Behandlung	0	0	1	4	0	0	5	3,9
insgesamt	24	18	19	24	27	15	127 = 100%	
in %	18,9	14,2	15	18,9	21,3	11,8		

Tabelle 4.4: Vor- bzw. Begleiterkrankungen und Tumorprognose bei AMS

Zeichenerklärung: s. S. 41

Multimorbidität

IM

Erkrankungen	Prognose						S.	in %
	voll H. mgl.	5-JH mgl.	5-JH unwahr.	Pall.	+	?		
Herzkreislauf	2	19	9	16	4	7	57	36.8
Magen-Darm	2	8	2	2	1	2	11	7,1
Stoffwechsel	2	3	0	4	0	2	11	7,1
Gyn. Erkrank.	2	0	0	1	0	0	3	1,9
Orthopäd. Erkr.	2	6	4	4	7	1	24	15,5
Lunge	0	3	1	7	1	2	14	9,1
Neuro-psych. Erkr.	3	2	2	0	1	0	8	5,2
Erkältg.	0	0	0	0	1	0	1	0,6
Urolog. Erkrank.	0	2	3	2	0	0	7	4,5
Bagatelleerkrank.	1	0	0	0	0	0	1	0,6
Blut	0	1	0	0	0	0	1	0,6
Haut	0	0	1	0	1	0	2	1,3
Ø Behandlg.	3	4	1	2	2	0	12	7,7
insgesamt	18	42	23	38	20	14	155 = 100%	
in %	11,6	27,1	14,8	24,5	12,9	9,1		

Tabelle 4.5: Vor- bzw. Begleiterkrankungen und Tumorprognose bei IM

Zeichenerklärung: s. Seite 41

Multimorbidität

FA

Erkrankungen	Prognose							
	voll H. mgl.	5-JH mgl.	5-JH unwahr.	Pall.	+	?	S	in %
Herzkreislauf	0	0	0	0	0	0	0	0
Magen-Darm	0	0	0	0	0	0	0	0
Stoffwechsel	0	0	0	0	0	0	0	0
Gyn. Erkrank.	3	3	1	0	1	0	8	17.0
Orthopäd. Erkr.	0	0	0	0	0	0	0	0
Lunge	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuro-psych. Erkr.	0	1	2	0	0	0	3	6,4
Erkältg.	0	0	0	1	0	0	1	2,1
Urolog. Erkr.	0	0	1	0	1	0	2	4,2
Bagatellerkrank.	0	0	0	0	0	0	0	0
Leber/Galle/ Pankreas-Erkr.	0	0	0	0	0	0	0	0
Blut	0	0	0	0	0	0	0	0
Haut	0	1	0	0	0	0	1	2,1
Ø Behandlg.	4	8	9	5	2	4	32	68.1
insgesamt	7	13	13	6	4	4	47 =	100 %
in %	14,9	27,7	27,7	12,8	8,5	8,5		

Tabelle 4.6: Vor- bzw. Begleiterkrankungen und Tumorprognose bei FA

Zeichenerklärung: s. Seite 41

Zuletzt wurde umgekehrt jedem einzelnen Tumor bzw. seiner Prognose die Summe der Vor- und Begleitkrankheiten zugeordnet. Es ergibt sich so die Anzahl der Vor- und Begleiterkrankungen pro Tumorpatient.

Tabelle 4.7: Zahl der Vor- und Begleitkrankheiten pro Tumor-Patient bei AML, AMS, IM und FA

AML	voll H. mgl.	5-JH mgl.	5-JH unwahr.	Pall.	+	?	S.
Tumoren insgesamt	15	16	6	18	20	4	79
Summe aller Krankheiten*	36	37	16	38	52	6	185
zusätzliche Krankheiten pro Tumor-krankem	2,4	2,3	2,6	2,1	2,6	1,5	2,3
AMS							
Tumoren insgesamt	11	7	7	13	10	5	53
Summe aller Krankheiten *)	24	18	18	20	27	15	122
zusätzliche Krankheiten pro Tumor-krankem	2,2	2,6	2,6	1,5	2,7	3	2,3
IM							
Tumoren insgesamt	10	20	11	19	9	6	75
Summe aller Krankheiten *)	15	38	22	36	18	14	143
zusätzliche Krankheiten pro Tumor-krankem	1,5	1,9	2	1,9	2	2,3	1,91
FA							
Tumoren insgesamt	7	13	12	6	4	4	46
Summe aller Krankheiten*	3	5	4	1	2	0	15
zusätzliche Krankheiten pro Tumor-krankem	0,4	0,4	0,3	0,2	0,5	0	0,3

*) Die Zahl der Patienten, die vorher nicht in Behandlung waren, wurde in Abzug gebracht

Zeichenerklärung: + = verstorben
? = ungewisse Prognose
S = Summe

Bei allen Disziplinen (FA ausgeschlossen) beherrschen Herz-Kreislauf- sowie orthopädische Krankheiten das Bild (vgl. HAMM:Allgemeinmedizin, Thieme 79, S. 48). Unterschiede ergeben sich hingegen in der Rangfolge der nächsthäufigen Krankheiten: hierbei fällt besonders der hohe Anteil von Erkältungskrankheiten an Beratungsursachen bei AMS auf, während die Tumorpatienten der AML häufiger vorher wegen Erkrankungen von Leber, Galle und Pankreas in Behandlung waren.

Stoffwechselerkrankungen und neurologisch-psychiatrische Beschwerden waren bei den AMS im Rahmen von Vor- und Begleiterkrankungen seltener Behandlungsursache als bei AML und IM (siehe Tab. 4.3 und 4.5).

Die Häufigkeitsverteilungen der Begleit-und Vorerkrankungen einerseits und der Tumoren andererseits sind nicht identisch (vgl. Kap. 3.3).

Die größte Häufung von Vor- und Begleiterkrankungen findet man bei AML- und AMS-Patienten (22,7% bzw. 27,7%) in der Rubrik "bereits verstorben"; bei IM- und FA-Patienten hingegen in der Rubrik "5-Jahresheilung möglich" (28,1% bzw. 27,7%) (siehe Tab. 4.3-4.6).

Die Mehrzahl der Vor- und Begleiterkrankungen war also bei allgemeinmedizinischen Patienten mit infauster Krebsprognose gekoppelt, wobei zu diskutieren ist,

- ob die infauste Prognose durch das Nebeneinander mehrerer gravierender Erkrankungen zustande kam, nämlich dann, wenn dadurch eine radikale (operative oder zytostatische) Tumortherapie begrenzt wurde,
- oder ob die allgemein schlechte gesundheitliche Situation dieser Patienten die Diagnose eines Malignoms lange Zeit verschleiert hatte.

Für diese Theorie der Diagnoseverschleierung eines Malignoms durch Multimorbidität spricht, daß die Multimorbidität der Patienten von AML über AMS (je 2,3 zusätzliche

Krankheiten zur Tumorerkrankung) zu IM (1,9 zusätzliche Krankheiten) abnimmt (siehe Tab. 4.7), die Diagnoserate jedoch in eben diesem Verhältnis zunimmt (vgl. Kap. 3.1).
Gegen die erste Vermutung spricht die Tatsache, daß die Zahl der "zusätzlichen Krankheiten pro Tumorpatient" über die verschiedenen Tumorstadien hinweg relativ konstant bleibt (siehe Tab. 4.7).

4.5 Zusammenhang zwischen letzter Behandlung und Diagnosestellung

Unter der Fragestellung, ob die Ursache für die letzte Behandlung vor Stellung der Krebsdiagnose bereits in einem Zusammenhang mit der Karzinomerkrankung gestanden haben könnte, wurden die Personaldaten derjenigen Patienten, die an einem der 8 häufigsten in dieser Studie vertretenen Tumoren erkrankt waren, untersucht. Dabei galten als Kriterien für solche möglichen Zusammenhänge diejenigen Erkrankungen, die im weitesten Sinne als prädisponierend für ein Karzinom aufgefaßt werden können (z.B. chronische Raucherbronchitis - Bronchialkarzinom) oder/und dessen Symptomatik imitieren (z.B. Divertikulitis - Kolonkarzinom).
Da mehr als 65% aller Facharztpatienten erstmalig in Behandlung waren (siehe Kap. 4.1), konnten diese nicht mit in die Untersuchung einbezogen werden.
Die Ergebnisse sind in den Tabellen 4.8 - 4.15 zusammengestellt.

Tabelle 4.8: Bronchialkarzinom

"auffällige Vorerkrankungen" waren: chronische Bronchitis (Emphysem)
Pneumonie

Fachrichtung	Bronchial-Ca	auffällige Vorerkrankungen
AMS	10	5
AML	14	7
IM	12	3
insgesamt	36	15

Tabelle 4.9: Mamma-Karcinom

"auffällige Vorerkrankungen" waren: 0

Fachrichtung	Mamma-Ca	auffällige Vorerkrankungen
AMS	12	0
AML	8	0
IM	12	0
insgesamt	32	0

Tabelle 4.10: Colon-Karzinom

"auffällige Vorerkrankungen" waren: Divertikulose
chronische Diarrhoe
chronische Oberbauchbeschwerden
chronische Anämie

Fachrichtung	Colon -Ca	auffällige Vorerkrankungen
AMS	5	2
AML	7	3
IM	5	2
insgesamt	17	7

Tabelle 4.11: Rectumkarzinom

"auffällige Vorerkrankungen" waren: chronische Diarrhoe

Fachrichtung	Rectum-Ca	auffällige Vorerkrankung
AMS	1	0
AML	5	1
IM	9	0
insgesamt	15	1

Tabelle 4.12: Magenkarzinom

"auffällige Vorerkrankungen" waren: chronische Gastritis
chronische Oberbauchbeschwerden
Appetitlosigkeit

Fachrichtung	Magen-Ca	auffällige Vorerkrankungen
AMS	1	0
AML	5	0
IM	6	3
insgesamt	12	3

Tabelle 4.13: Gallenblasenkarzinom

"auffällige Vorerkrankungen" waren: Cholelithiasis
Cholezystitis

Fachrichtung	Gallenblasen-Ca	auffällige Vorerkrankungen
AMS	1	1
AML	3	1
IM	4	2
insgesamt	8	4

Tabelle 4.14: Pankreaskopfkarzinom

"auffällige Vorerkrankungen" waren: Cholezystopathie
Gastritis
Gewichtsverlust

Fachrichtung	Pankreaskopf - Ca	auffällige Vorerkrankungen
AMS	2	2
AML	3	2
IM	2	1
insgesamt	7	5

Tabelle 4.15: Prostatakarzinom

"auffällige Vorerkrankungen" waren: Prostatahypertrophie
Nieren- und Blasenbeschwerden
Ischialgie

Fachrichtung	Prostata - Ca	auffällige Vorerkrankungen
AMS	4	2
AML	3	2
IM	1	0
insgesamt	8	4

Im folgenden werden die zuvor genannten Tumoren mit "auffälligen Vorerkrankungen" nach ihrer Prognose aufgeschlüsselt. Ermittelt werden jeweils nur die schlechten Prognosen (5-Jahresheilung unwahrscheinlich, Palliativ, verstorben, vgl. Kap. 2.4). Eine erneute Unterteilung in die 4 Arztgruppen erschien hier nicht zweckmäßig, da nur die Korrelation zwischen "auffälliger Vorerkrankung" und schlechter Prognose in ihrer Abhängigkeit vom jeweiligen Tumor, nicht vom diagnostizierenden Arzt, aufgezeigt werden sollte.

Tabelle 4.16: Anteil der schlechten Prognosen bei Tumoren mit "auffälliger Vorerkrankung"

Karzinom	Ca insgesamt	davon mit "auffälliger" Vorerkrankung	%	davon schlechte Prognose	in %
Bronchial-Ca	36	15	42	12	80
Mamma-Ca	32	0	0	0	0
Colon-Ca	17	7	41	2	29
Rectum-Ca	15	1	7	1	100
Magen-Ca	12	3	25	3	100
Gallenblasen-Ca	8	4	50	2	50
Pankreas-Ca	7	5	71	4	80
Prostata-Ca	8	4	50	1	25

Nur beim Mamma- und Rektumkarzinom stand die Ursache für die letzte Behandlung gar nicht bzw. selten im Zusammenhang mit dem Tumor (siehe Tab. 4.9 und 4.11). Bei den übrigen Karzinomen - mit Ausnahme des Pankreaskopfkarzinoms - fanden sich in etwa der Hälfte aller

Fälle "auffällige Vorerkrankungen".
Der Grund hierfür mag in der guten Untersuchungsmöglichkeit von Mamma und Rektum einerseits und der schlechten Zugänglichkeit des Pankreas andererseits liegen.

Wesentliche Unterschiede zwischen den 4 Arztgruppen lassen sich nicht eruieren.

Es liegt der Schluß nahe, daß der niedergelassene Arzt immer dann die Haltung des "abwartenden Offenlassens der Diagnose" (BRAUN) einnehmen muß, solange ein (scheinbar) unverdächtiges Symptom die Wandlung zum verdächtigen Symptom noch nicht vollzogen hat. So wird es das Prinzip der Wirtschaftlichkeit, dem der niedergelassene Arzt unterliegt, verbieten, jeden "banalen" Husten röntgenologisch abzuklären. Erst der hartnäckige, über Wochen oder sogar Monate bestehende Husten in Kombination mit anderen Symptomen wird ihn zur Röntgendiagnostik veranlassen.
Daß sich dies auf die Prognose der Tumoren auswirkt, geht aus Tabelle 4.16 hervor: 80% der Bronchialkarzinompatienten, deren letzte Behandlung u.U. bereits eine symptomatische Tumortherapie war, hatten eine schlechte Prognose.

5. Anamnese

In diesem Kapitel sollen anhand einiger wichtiger anamnestischer Daten die Schwierigkeiten aber auch Möglichkeiten des Hausarztes untersucht werden, durch Befragung der Patienten oder ihrer Angehörigen, Krebssymptome gezielt aufzudecken.

So beschreibt ISELE einerseits die Gefahr "...in der täglichen Routinearbeit anamnestisch vorgetragene Symptome zu übersehen oder zu überhören" /22/, andererseits hat nach ISELE und HELLER die Hausarztfunktion aber auch besondere Vorteile: "Er betreut hausärztlich Patienten, die ihm oft seit Jahren und Jahrzehnten bekannt sind (91%) und deren Familien- und persönliche Anamnese er oft über Generationen selbst miterlebt hat. Er kennt deshalb auch wie kein anderer Arzt seine Patienten mit hohen Risikogruppen, und damit auch ihren Gefährdungsgrad für bestimmte Erkrankungen.." /19/.

5.1 Erste Symptome

Die Angaben zu den entsprechenden beiden ersten Fragen des Kapitels II des Dokumentationsbogens wurden zunächst aufgelistet und nach den 4 Arztgruppen unterteilt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5.1 zusammengestellt (siehe folgende Seite).

Tabelle 5.1

Symptome	Arzt				Patient				Angehöriger				insgesamt			
	AML	AMS	IM	FA	AML	AMS	IM	FA	AML	AMS	IM	FA	AML	AMS	IM	FA
Tastbare Knoten Resistenzen	10	9	5	2	9	7	12	6	0	2	0	1	19	18	17	9
Teerstuhl, Darmbluten pos. Hämoccult.	3	0	0	0	9	2	12	0	0	0	1	0	7	2	13	0
Atemnot, Husten Auswurf	4	4	3	1	3	5	6	1	1	0	0	0	8	9	9	2
Leistungsknick, Allgem.-zustand	0	1	3	0	2	2	10	0	1	1	1	0	3	4	14	0
Gewichtsabnahme	5	2	3	1	3	2	7	0	4	2	1	0	2	6	11	1
Erbrechen	0	0	0	0	1	1	3	0	1	0	0	0	2	1	3	0
Schmerzen	0	0	0	0	14	13	16	8	0	0	0	0	14	13	16	8
Urinverfärb., Blut i. Urin	0	1	0	1	0	1	4	7	1	0	1	0	1	2	5	8
Stuhlunregelmäßigkeiten	0	2	0	0	7	3	9	1	0	1	0	0	7	6	9	1
Miktionsbeschwerden	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	0	0	1	3	1	2
Schluckbeschwerden	1	0	0	2	4	0	0	1	0	0	0	0	5	0	0	3
Inappetenz	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0
Heiserkeit	1	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	0	5	1	0	0
Fieber	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	1	0	0
Hautveränderg., Juckreiz	2	1	1	0	4	1	2	1	0	0	0	0	6	2	3	1
blutiges Sputum	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0
gyn. Blutung, Ausfluß	0	0	0	0	1	3	1	3	0	0	0	0	1	3	1	3
Ikterus	2	2	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4	2	3	0
Aszites	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0
Neurolog. Ausfälle, Reizg.	1	0	0	0	1	1	1	6	0	0	0	0	2	1	1	6
Anämie	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
Routine-Vorsorge-Untersu	4	2	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	5
Routine Röntgen	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0
Routine Labor	3	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	4	1
Zufallsbefund bei and. Verdachtsdiagnose	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2
Gelenkbeschwerden	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0
Wesensveränderung	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
weitere Blutungen	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0
Insgesamt	47	32	27	15	68	52	85	36	13	6	4	1	128	90	116	52

Aus der Tabelle 5.1 ergeben sich folgende Sachverhalte:

1. Die Häufigkeitsverteilung der ersten Symptome gestaltet sich bei den 4 Arztgruppen unterschiedlich (in Tabelle 5.2 sind die jeweils 5 häufigsten Symptome in ihrer Rangfolge aufgeführt).

2. Weitere Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Frage, ob dem betreffenden Arzt selbst die entsprechenden Symptome aufgefallen sind, oder ob er diese Information vom Patienten bzw. dessen Angehörigen erhalten hat (siehe Tabelle 5.3).

Tabelle 5.2: Häufigkeitsverteilung und Rangordnung der einzelnen Symptome

	A M L		A M S	
1.	Tastbare Knoten	14,8%	Tastbare Knoten	20 %
2.	Schmerzen	10,9%	Schmerzen	14.4%
3.	Gewichtsabnahme	9,4%	Husten, Atemnot, Auswurf	10,0%
4.	Husten, Atemnot, Auswurf	6,3%	Gewichtsabnahme	6,7%
5.	Stuhlunregelmäßigkeit	5,5%	Stuhlunregelmäßigkeit	6,7%
	Teerstuhl, pos. Hämoccult.	5,5%	Leistungsknick	4,4%
	insgesamt 128mal erste Symptome	= 100 %	insgesamt 90mal erste Symptome	= 100 %

	I M		F A	
1.	Tastbare Knoten, Resist.	14,7%	Tastbare Knoten/Resist.	17,3%
2.	Schmerzen	13,8%	Schmerzen	15.4%
3.	Leistungsknick	12,1%	Urinverfärb., blut. Urin	15,4%
4.	Teerstuhl, pos. Hämoccult.	10,3%	Neurolog. Ausfälle	11.5%
5.	Gewichtsabnahme	9,5%	Routine-Vorsorge-Unters.	9,6%
			gyn. Blutung	5,8%
			Schluckbeschwerden	5,8%
	insgesamt 116mal erste Symptome	= 100 %	insgesamt 52mal erste Symptome	= 100 %

Tabelle 5.3: Wem sind die ersten Symptome aufgefallen?

	AML	AMS	IM	FA	insgesamt
Arzt	47 = 36,7 %	32 = 36 %	27 = 23,3 %	15 = 28,8 %	121 = 31,3 %
Patient	68 = 53,1 %	52 = 58,4%	85 = 73,3 %	36 = 69,2 %	241 = 62,5 %
Angehörige	13 = 10,2 %	6 = 6,7%	4 = 3,4 %	1 = 1.9 %	24 = 6,2 %
insgesamt	128 = 100,0 %	90 = 100,0%	115 = 100.0 %	52 = 100,0 %	386 = 100.0 %

- Tastbare Knoten, Resistenzen und Schmerzen sind bei allen 4 Arztgruppen die häufigsten zur Diagnose führenden Symptome. Dies gilt vor allem für AMS, bei denen 2o% aller beachteten Erstsymptome tastbare Knoten waren, oder - anders ausgedrückt: von 53 AMS-Patienten hatten 18 diesen Befund - das ist jeder Dritte.

- Umgekehrt haben Routine-Röntgen, -Labor und -Vorsorge-Untersuchungen nur sehr selten zur Diagnose geführt (siehe Tabelle 5.1).
  Krebs-Screening-Methoden im engeren Sinne spielen in der Praxis des niedergelassenen Arztes also nur eine untergeordnete Rolle, gezielte Tumorsuche beginnt erst bei massiver Symptomatik. Die Fachärzte stellen hier eine Ausnahme dar, bei ihnen führen in 9,6% aller Fälle Vorsorge-Untersuchungen zur weiterführenden Diagnostik, oder anders ausgedrückt: jeder zehnte Tumor (5 von 52) wurde im Rahmen der Routine-Vorsorge herausgefiltert. Der Grund hierfür liegt wahrscheinlich darin, daß zu den FA-Ergebnissen 3 Gynäkologen und 1 Urologe - alle durch ihr Fachgebiet vermehrt mit Vorsorge-Untersuchungen beschäftigt - erheblich beigetragen haben.

- "Leistungsknick" war bei IM mit 12,1% das dritthäufigste Symptom, das zur Krebsdiagnose führte, bei AMS lag es bereits nur noch an 5. Stelle, bei AML an 9., bei FA wurde es überhaupt nicht aufgeführt.

- "Teerstuhl oder Blut im Stuhl (pos. Hämoccult)" ist ebenfalls nur bei IM mit 1o,3% relativ häufiges (an 4. Stelle stehendes) Erstsymptom.

- "Gewichtsabnahme" ist prozentual zwar bei AML und IM in etwa gleich häufig vertreten (9,4% bzw. 9,5%), jedoch ist die Rangfolge unterschiedlich: bei AML liegt sie nach "tastbaren Knoten" und "Schmerzen" bereits an dritter Stelle, bei AMS an 4., bei IM erst an 5. Stelle. Die Fachärzte führen Gewichtsabnahme als Erstsymptom gar nicht an (siehe Tab. 5.1).

- "Husten, Atemnot und Auswurf" ist sowohl rangmäßig als auch prozentual bei AMS am häufigsten vertreten (1o% aller ersten Symptome, dritter Rang). Dies entspricht auch der relativen Häufigkeit der Bronchialkarzinome bei AMS (1o/53 = 19%, siehe Kap. 3.3). Entsprechendes gilt umgekehrt für IM, bei denen die relative Häufigkeit und Rangfolge der o.a. Symptome (9/116 = 7,8%, 6. Rang, siehe Tab. 5.1), mit der relativen Häufigkeit des Bronchialkarzinoms übereinstimmt (12/75 = 16%, siehe Kap. 3.3).

- "Anämie" und "Fieber" wurden nur von AML als erstes Symptom genannt.

Es sei hinzugefügt, daß die Zahl der Krebssymptome pro Krebspatient bei AML, AMS und IM mit ca. 1,6 relativ gleich war. Lediglich die Fachärzte bildeten hier mit 1,1 Symptomen pro Krebspatient eine Ausnahme.

Bezüglich der Fragestellung, wem die ersten Symptome aufgefallen waren, ist folgendes hervorzuheben (Tab. 5.3):

- Insgesamt wurde mit 62,5% der überwiegende Anteil an Symptomen von den Patienten selbst geschildert, wobei interessanterweise IM (73,3%) und FA (69,2%) mit Abstand am meisten durch den Patienten selbst erfuhren.
- Symptome, die dem Arzt aufgefallen waren, nahmen insgesamt 31,3% ein. Hier stehen umgekehrt die Allgemeinmediziner an der Spitze mit AML 36,7% und AMS 36,o%.
- Von den Angehörigen wurde der Arzt nur selten über etwaige Erstsymptome informiert. Hier führen die AML mit 1o,2% vor AMS mit 6,7%, IM mit 3,4% und FA mit 1,9%.

5.2 Frühere ähnliche Beschwerden

Zur übersichtlichen Darstellung wurden die zur entsprechenden Frage (II.3 des Dokumentationsbogens) erhaltenen Angaben in den nachstehenden Tabellen 5.4 und 5.5 folgendermaßen zusammengefaßt:

- Von den insgesamt aufgetretenen Krebsfällen wurden diejenigen abgezogen, die sich erstmalig in Behandlung des jeweiligen Arztes befanden.
- Entsprechend der drei Antwortmöglichkeiten wurde weiter aufgeschlüsselt nach der Häufigkeit, mit der über Beschwerden geklagt worden war (garnicht, einmal, mehrfach).
- In der letzten Spalte der Tabelle 5.4 wurden die Fälle gesondert herausgenommen, bei denen angesichts der Krankenvorgeschichte die Antwort "garnicht" zumindest fragwürdig erscheint (s.u.).
- Darüberhinaus wurden die Häufigkeiten, mit denen die Beschwerden angegeben worden waren, in Relation zur Prognose des Tumors gesetzt (Tab. 5.5).

Tabelle 5.4: Früher ähnliche Beschwerden angegeben?

Fachrichtung	Fälle insg.	davon vorher in Behandlung		mehrfach Beschwerd. angegeben		einmal Beschwerd. angegeben		noch nie Beschwerd. angegeben		Angabe "noch nie" fragwürdig	
AML	79	71	100%	13	18,3%	9	12,6%	49	69%	9	18,4% (9/49)
AMS	53	47	100%	6	12,8%	9	19,1%	32	68%	2	6,3% (2/32)
IM	75	51	100%	0	0 %	8	15,7%	43	84,3%	1	4,7% (1/43)
FA	46	22	100%	1	4,5%	6	27,3%	15	68,2%	1	6,7% (1/15)

Tabelle 5.5: Prognose und Häufigkeit der Beschwerden
(alle 4 Arztgruppen zusammen)

Häufigkeit der Beschwerden	schlechte Prognose	
noch nie Beschwerden angegeben	44,4 %	(56/126)
einmal Beschwerden angegeben	48,5 %	(16/ 33)
mehrfach Beschwerden angegeben	70,0 %	(14/ 20)

- 18,3% bzw. 12,8% der AMS- und AML-Patienten hatten ihrem Arzt bereits mehrfach Beschwerden im Sinne des Karzinoms angegeben, wohingegen dies bei Internisten und Fachärzten nie bzw. nur selten der Fall war, wobei bei den Fachärzten zu berücksichtigen ist, daß 68,1% ihrer Krebspatienten ohnehin zuvor nicht in Behandlung waren (vgl. S.4o).
- Umgekehrt hatte - zumindest bei den Internisten der weitaus größte Teil der Krebspatienten vorher noch nie über ähnliche Beschwerden geklagt (84,3%).

Diese Daten sind natürlich nicht exakt nachprüfbar, in einigen Fällen zumindest läßt sich ihre Fragwürdigkeit jedoch mit ziemlicher Sicherheit nachweisen, da sich angesichts der Anamnese und insbesondere der Antworten zur Frage "Letzte Behandlung weswegen?" (Kap. 4.4) sehr wohl Zusammenhänge anbieten. Dies gilt besonders für AML, dazu einige Beispiele:
Ein Patient mit Kehlkopfkarzinom war zuvor auf Laryngitis behandelt worden. Ein bereits verstorbener Patient mit Bronchialkarzinom wurde auf Virusinfekt behandelt. Ein Patient mit Lungen- und Knochenmetastasen eines unklaren Primärtumors litt unter Anämie. Ein Patient mit Prostatakarzinom befand sich zuletzt wegen Nieren- und Blasenbeschwerden in Behandlung. Auch hier erkennt man vor allem bei Allgemeinmedizinern die Tendenz, vom Patienten geäußerte Beschwerden zumindest solange symptomatisch zu behandeln, bis sich die Verdachtsdiagnose "bösartige Neubildung" durch Kombination mit anderen Symptomen aufdrängt.

- Stellt man den o.g. Fällen, in denen bereits mehrfach Beschwerden geäußert wurden, das Tumorstadium gegenüber, so ergibt sich, daß insgesamt 14 von 2o Patienten, also 7o%, eine schlechte Prognose aufweisen bzw. bereits verstorben sind. Die Prognose dieser Patienten unterscheidet sich wesentlich von der Prognose solcher Patienten, die noch nie bzw. nur einmal Beschwerden i.S. des Karzinoms geäußert hatten. Hier liegt nämlich die Rate der schlechten Prognosen bei durchschnittlich 44,5%.
  Hier lassen sich im übrigen keine Unterschiede zwischen den 4 Arztgruppen eruieren.

  An dieser Stelle sollte eingefügt werden, daß die Anschlußfrage "Wenn ja: wie haben Sie damals diese Beschwerden beurteilt?" keine auswertbaren Ergebnisse liefert, da sich die Angaben zu dieser Frage in fast allen Fällen mit denen zur Frage "Wie lautete die Verdachtsdiagnose?" (Vgl. Kap. 6.1) deckten.

5.3 Risikofaktoren und Prognose

Untersucht werden sollte, welche Risikofaktoren dem Arzt überhaupt bekannt waren, und ob diese Kenntnis einen Einfluß auf den Zeitpunkt der Diagnose (und damit auf die Prognose) hatte. Im folgenden sind zunächst die auf die entsprechende Frage (II,4 des Dokumentationsbogens) angegebenen Risikofaktoren einzeln aufgeführt.

Tabelle 5.6: Risikofaktoren

- Rauchen (bei Bronchial- und Harnblasenkarzinom)	42
- familiäre Häufung (hierzu wurden auch Tumoren gezählt, bei denen eine familiäre Häufung statistisch nicht nachgewiesen ist)	13
- chronische Bronchitis (bei Bronchialkarzinomen)	5
- anderes Karzinom anamnestisch bekannt	4
- Divertikulitis (bei Kolonkarzinom)	3
- chronischer Laxantienabusus (bei Kolon- und Rektumkarzinomen)	3
- Zustand nach Billroth-II-Magenresektion (bei Magenkarzinom)	2
- Staubexposition (bei Bronchialkarzinom)	1
- hohes Alter	1
- chronische fibrös-cystische Mastopathie (bei Mammakarzinom)	1
insgesamt	75

Aus der vorstehenden Tabelle werden bereits drei Fakten deutlich:

1. Risikofaktonen sind nur in etwa 3o% aller Fälle bekannt (75 von 253).
2. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle handelt es sich um Risikofaktoren für nur ein Karzinom, nämlich das Bronchialkarzinom.
3. Der Risikofaktor "familiäre Häufung" wurde bei den zahlenmäßig in dieser Studie häufig vertretenen Mammakarzinomen praktisch kaum genannt, obwohl ihm gerade hier besondere Bedeutung zukommt.

In Tabelle 5.7 wurden die o.g. Risikofaktoren der Prognose des jeweiligen Tumors gegenübergestellt und wiederum nach den 4 Arztgruppen aufgeschlüsselt.

Tabelle 5.7: Risikofaktoren und Prognose

	AML	AMS	IM	FA
Risikofaktoren unbekannt gute Prognose	30,4 %	15,1 %	29,3 %	32,6 %
Risikofaktoren unbekannt schlechte Prognose	25,3 %	39,6 %	30,7 %	37,0 %
Risikofaktoren unbekannt ungewisse Prognose	3,8 %	3,8 %	5,3 %	6,5 %
Risikofaktoren unbekannt insgesamt	59,5 %	58,5 %	65,3 %	76,1 %
Risikofaktoren bekannt gute Prognose	8,9 %	7,6 %	5,3 %	8,7 %
Risikofaktoren bekannt schlechte Prognose	26,6 %	17,0 %	21,3 %	8,7 %
Riskofaktoren bekannt ungewisse Prognose	2,5 %	3,8 %	1,3 %	2,2 %
Risikofaktoren bekannt insgesamt	38,0 %	28,4 %	27,9 %	19,6 %
unsinnige Risikofaktoren	2,5 %	13,1 %	6,8 %	4,3 %
alle Tumoren	79 = 100%	53 = 100%	75 = 100 %	46 = 100 %

Aus der Tabelle 5.7 wird erneut deutlich, daß Risikofaktoren nur zu 3o% aller Fälle bekannt sind, allerdings heben sich diesbezüglich die AML mit 38,o% deutlich von den anderen Fachdisziplinen ab. Hier scheint sich zu bewahrheiten, daß die Landpraktiker in weitaus höherem Maße als sogar ihre Kollegen in der Stadt eine Haus- und Familienarztfunktion übernommen haben und somit durch die persönliche Kenntnis der Familien und ihrer Schicksale offenbar eher über Risikofaktoren informiert sind.

Nach Tabelle 5.7 besteht keine positive Korrelation zwischen dem Wissen um Risikofaktoren und einer frühen Diagnose bzw. guten Prognose. (In nur 8,9% aller Fälle der AML, 7,6% bei AMS, 5,3% bei IM war die Prognose bei bekannten Risikofaktoren gut. Umgekehrt ist die Anzahl von schlechten Prognosen bei Nicht-Kenntnis von Risikofaktoren nicht größer als die Anzahl von schlechten Prognosen bei Kenntnis der Risikofaktoren.)

Insgesamt bestehen zwischen den 4 Arztgruppen keine signifikanten Unterschiede. Lediglich die FA-Gruppe bildet hierbei eine Ausnahme, da sie zwar nur zu 19,6% (gegenüber 27,9%, 28,4% und 38,o%) um die Risikofaktoren ihrer Patienten weiß, insgesamt jedoch die Zahl der schlechten Prognosen bei bekannten Risikofaktoren mit 8,7% überraschend klein ist.

Als "unsinnige Risikofaktoren" wurden diejenigen bezeichnet, die in keinem Zusammenhang zur Krebserkrankung stehen. Hierzu noch einige Beispiele:

- fünfmal wurde die Hypertonie als Risikofaktor für die verschiedensten Karzinome aufgeführt (z.B. Mamma-, Prostata-, Harnblasenkarzinom, Plasmozytom und Karzinoide).
- chronischer Nikotinabusus wurde als Risikofaktor auch bei Malignomen angegeben, die in keinem Zusammenhang mit Rauchgewohnheiten stehen (z.B. Zervixkarzinom, Hypernephrom, Pankreaskarzinom, Glioblastom).

Es bleibt offen, ob dies auf unkonzentrierte Bearbeitung der klar formulierten Frage zurückzuführen ist, oder ob (vor allem bei AMS) die Bedeutung von Risikofaktoren im Zusammenhang mit bösartigen Neubildungen tatsächlich nicht bekannt ist.

5.4 Onkologische Familienanamnese

In Frage 5 des Kapitels II des Dokumentationsbogens wurde gefragt, ob dem Arzt weitere Krebsfälle aus der Familie des Patienten bekannt sind. Die Ergebnisse zu dieser Frage sind in Tabelle 5.8 zusammengefaßt.

Tabelle 5.8: Onkologische Familienanamnese

Sind Ihnen weitere Krebsfälle aus der Familie bekannt?	AML	AMS	IM	FA
nein, die Familienanamnese ist diesbezüglich leer	67,1%	66,1%	76,o%	5o,o%
unbekannt	13,9%	22,6%	16,o%	45,7%
ja	19,o%	11,3%	8,o%	4,3%
insgesamt	79	53	75	46

Stellt man nun den Fällen, bei denen die Familienanamnese leer ist und solchen, bei denen zumindest ein weiterer Malignomfall in der Familie bekannt ist, die Prognose gegenüber, so kommt man zu den Ergebnissen der Tabelle 5.9. Da hierbei keine signifikanten Unterschiede zwischen den 4 Arztgruppen bestanden, wurden sie in einer Tabelle zusammengefaßt.

Tabelle 5.9: Onkologische Familienanamnese und Prognose

Prognose	keine Familien-anamnese	bekannte Fälle in der Familie
gut	35,7 %	44,8 %
schlecht	56,6 %	51,7 %
ungewiß	7,7 %	3,5 %
insges.	168=1oo%	29=1oo%

Aus den voranstehenden Tabellen wird folgendes deutlich:

- In ungefähr zwei Drittel aller Fälle waren die Familienanamnesen leer.
- Auffällig ist die hohe Rate unbekannter Familienanamnesen (45,7%) bei Fachärzten; dem entspricht auch die geringe Anzahl von Fällen, in denen der Facharzt um Malignome in der Familie seiner Patienten wußte (4,3%). Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit dem des Kapitels 5.3 (Fachärzte waren seltener als ihre Kollegen über Risikofaktoren ihrer Krebspatienten informiert).
- Hiervon hoben sich vor allem die AML (wie auch in Kapitel 5.3) durch größeres Wissen um die Anamnese ihrer Krebspatienten ab.
- Aus Tabelle 5.9 ist erkennbar, daß die Malignome derjenigen Patienten, bei denen der Arzt über die familiäre Häufung von Neoplasmen informiert war, häufiger in einem prognostisch günstigen Stadium entdeckt wurden (44,8% gegenüber 35,7%).

6. Diagnostik

Eine medizinisch-wissenschaftliche Analyse der verschiedenen diagnostischen Methoden in den unterschiedlichen Praxen sollte (und konnte) nicht das Untersuchungsziel dieses Kapitels sein. Es hätte sicherlich den Rahmen der gesamten Studie gesprengt, im Einzelfalle Sinn und Zweck letztendlich eingesetzter Untersuchungsverfahren (z.B. Sonographie, Endoskopie, Röntgen-Untersuchungen etc.) zu überprüfen, zumal sich die diagnostisch-apparative Ausrüstung der einzelnen Praxen ohnehin unserer Kenntnis entzog. Darüberhinaus sind die diagnostischen Möglichkeiten der 4 Arztgruppen derart unterschiedlich, daß ein Vergleich praktisch unmöglich wird.

Wie aus den Fragen des Kapitels III des Dokumentationsbogens ersichtlich, bestand das Untersuchungsziel vielmehr darin, festzustellen,

- wie oft die Verdachtsdiagnose eines Malignoms und die endgültige Diagnose übereinstimmten
- ob und in welchen Fällen die teilnehmenden Ärzte diese endgültige Diagnose in der eigenen Praxis hatten abklären können
- und ob sie früher hätte gestellt werden können, Hier insbesondere interessierte die Frage, wer an einer möglichen Diagnoseverschleppung maßgeblich beteiligt war.

Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, daß die Frage III,3 ("Wie weit war der Tumor fortgeschritten, als er von Ihnen diagnostiziert wurde?") nicht einer Auswertung im Sinne der übrigen Fragen dieses Kapitels diente, sondern daß mit den hier gemachten Angaben - sofern sie exakt genug waren - in etwa eine Kontrolle der jeweils abgegebenen Beurteilung des Heilungserfolges (siehe Kap.IV, Frage 4) möglich war.

6.1 Verdachtsdiagnose

Zunächst wurden den Verdachtsdiagnosen die endgültigen Diagnosen gegenübergestellt und auf Übereinstimmungen überprüft. Nicht als Übereinstimmung gewertet wurden neben falschen Verdachtsdiagnosen auch solche, die in ihrer Formulierung zu global und ungenau waren. Dies war bei AMS in 6%, IM in 13,4%, AML in 14%, bei FA hingegen nie der Fall. Hierzu einige Beispiele:

- "Verschlußikterus" bei Pankreaskopf-Ca
- "Oberbauchtumor" bei Magen-Ca
- "Unterbauchtumor" bei Kollum-Ca
- "Ca im linken Oberbauch" bei Ovarial-Ca
- "Pleuratumor" bei Bronchialkarzinom

Die durch Vorsorge-Untersuchungen entdeckten Tumoren wurden gesondert aufgeführt.
Die Ergebnisse sind in Tabelle 6.1 zusammengefaßt.

Tabelle 6.1: Übereinstimmung von Verdacht und endgültiger Diagnose

Fachdisziplin	Deckung Verdacht/endgültige Diagnose		Entdeckung b. Vorsorge	
AML	34	43,0 %	3	3,8 %
AMS	26	49,1 %	0	0,0 %
IM	50	66,7 %	2	2,7 %
FA	36	78,3 %	4	8.7 %
	absolut	%	absolut	%

Auffällig ist der Anstieg von Übereinstimmungen von AML über AMS und IM zu FA.
Um diese recht unterschiedlichen Ergebnisse genauer zu analysieren, wurden die jeweiligen Prognosen zusätzlich berücksichtigt (Tab. 6.2).

Tabelle 6.2: (Nicht)-Übereinstimmung und Prognose (in vH)

AML	gute Prognose	schlechte Prognose	ungewisse Prognose	insgesamt
Übereinstimmung	17,7	24,1	1,3	43,0
Nicht-Übereinstimmung	14,0	29,1	2.5	45,6
Entdeckung bei Vorsorgeuntersuchg.	2,5	0,0	1,3	3,8
nicht an Diagnose beteiligt	5,0	2,5	0,0	7,5
AMS				100 % = 79
Übereinstimmung	11,8	33,5	3,8	49,1
Nicht-Übereinstimmung	13,2	18,9	5,7	37,8
Entdeckung bei Vorsorgeuntersuchg.	0,0	0,0	0,0	0,0
nicht an Diagnose beteiligt	9,4	3,8	0,0	13,2
				100 % = 53

Fortsetzung Tabelle 6.2:

IM	gute Prognose	schlechte Prognose	ungewisse Prognose	insgesamt
Übereinstimmung	29,4	36,0	1,3	66,7
Nicht-Übereinstimmung	9,3	14,8	5,3	29,4
Entdeckung bei Vorsorgeuntersuchg.	1,3	1,3	0,0	2,6
nicht an Diagnose beteiligt	0,0	1,3	0,0	1,3
				100 % = 75
FA				
Übereinstimmung	32,6	41,4	4,3	78,3
Nicht-Übereinstimmung	2,2	6,5	4,3	13,0
Entdeckung bei Vorsorgeuntersuchung	8,7	0,0	0,0	8,7
nicht an Diagnose beteiligt	0,0	0,0	0,0	0,0
				100 % = 46

- Bei allen Fachrichtungen überwiegen in der Zeile "Übereinstimmung" prozentual die Fälle mit schlechter Prognose. Bezieht man die Tumorverteilungen bei den 4 Arztgruppen, bei denen das Mamma- und das Bronchialkarzinom an der Spitze standen, mit in die Überlegungen ein, so ergibt sich, daß speziell in dieser Rubrik die hohe Rate von Bronchialkarzinomen wesentlich zum großen Anteil schlechter Prognosen beiträgt, so wie umgekehrt die (meist relativ frühzeitig entdeck-

ten) Mammakarzinome hier maßgeblichen Anteil an der Zahl guter Prognosen haben.

- Nur bei AML lag der Anteil schlechter Prognosen bei Fällen mit nicht bestätigter Verdachtsdiagnose über dem Anteil prognostisch ungünstiger Fälle mit bestätigter Verdachtsdiagnose (29,1% gegenüber 24,1%). Hier liegt die Vermutung nahe, daß die Landärzte unter Annahme einer (sich später als falsch erweisenden) Verdachtsdiagnose zu lange symptomatisch therapierten.

6.2 Abklärung der Diagnose

Die Antworten auf die Frage nach der Diagnoseabklärung wurden zunächst wieder - nach den 4 Arztgruppen aufgeschlüsselt - in einer Übersichtstabelle zusammengefaßt (Tab. 6.3).

Tabelle 6.3: Abklärung der Diagnose (ivH)

Arztgruppe	unaufgeklärt geblieben	in eigener Praxis abgeklärt	an andere FA überwiesen	in die Klinik überwiesen	sonstig.	insgesamt
AML	2,6	6,3	43,o	48,1	o	1oo%=79
AMS	1,9	7,5	62,3	24,5	3,8*	1oo%=53
IM	1,3	44,o	24,o	29,4	1,3*	1oo%=75
FA	O	56,5	17,4	26,1	o	1oo%=46

*) Die 3,8% bei AMS entsprechen zwei Fällen, deren weiterer Verlauf dem behandelnden Arzt nicht bekannt war (Patient verzogen, Arztwechsel). Die 1,3% bei IM entsprechen einem (Überweisungs-) fall, bei dem die Diagnose bereits gestellt war.

Anmerkung zu Tabelle 6.3:

Unter den an FA oder in die Klinik überwiesenen Fällen (Spalten 3 und 4) waren

- einige, über deren Ein- oder Überweisung der behandelnde Arzt gar nicht informiert war (z.B. Klinikeinweisung durch den Notarzt). Im einzelnen sind dies
  bei AML 7,6% aller Fälle
  bei AMS o% aller Fälle
  bei IM 2,7% aller Fälle
  bei FA o% aller Fälle

Um näher zu analysieren, bei welchen Fällen die Diagnose in der eigenen Praxis bzw. wann die Ein- oder Überweisung erfolgte, wurden wieder die jeweiligen Tumorprognosen mitberücksichtigt und den Zahlen der Spalten 2, 3 und 4 der Tabelle 6.3 gegenübergestellt.
Dabei ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 6.4: Prognose von überwiesenen und nicht überwiesenen Fällen

In eigener Praxis abgeklärte Fälle (i.v.H.)

	mit guter Prognose	mit schlechter Prognose	mit ungewisser Prognose	insgesamt
AML	prozentual nicht anzugeben			(5)
AMS	prozentual nicht anzugeben			(4)
IM	45,5(15)	45,5(15)	9,o(3)	1oo(33)
FA	5o,o(13)	42,3(11)	7,7(2)	1oo(26)

in ( ) die Absolutzahlen

Fortsetzung Tabelle 6.4:

An (andere) FA überwiesene Fälle (i.v.H.)

	mit guter Prognose	mit schlechter Prognose	mit ungewisser Prognose	insgesamt
AML	47,1(16)	5o,o(17)	2,9(1)	1oo(34)
AMS	39,4(13)	48,5(16)	12,1(4)	1oo(33)
IM	5o,o(9)	38,9(7)	11,1(2)	1oo(18)
FA	prozentual nicht anzugeben			(8)

in ( ) die Absolutzahlen

In die Klinik überwiesene Fälle (i.v.H.)

	mit guter Prognose	mit schlechter Prognose	mit ungewisser Prognose	insgesamt
AML	34,2(13)	55,3(21)	1o,5(4)	1oo(38)
AMS	3o,8(4)	61,5(8)	7,7(1)	1oo(13)
IM	27,3(6)	68,2(15)	4,5(1)	1oo(22)
FA	25,o(3)	66,7(8)	8,3(1)	1oo(12)

in ( ) die Absolutzahlen

- Erwartungsgemäß diagnostizierten IM und FA zum überwiegenden Teil in der eigenen Praxis (44% bzw. 56,5%) und damit wesentlich mehr als die Allgemeinmediziner (6,3% bzw. 7,5% - vgl. Tab. 6.3).

- Die Hälfte dieser von den IM und FA diagnostizierten Fälle hatte eine gute Prognose (45% bzw. 5o%). Ein Vergleich zu den Allgemeinmedizinern ist schlecht möglich, da hier der Zahlenumfang zu gering ist (Tab. 6.4).

- Wie ebenfalls zu erwarten war, überwiesen die Allgemeinmediziner umgekehrt mehr als ihre Facharztkollegen (Tab. 6.3).
  Auffallend ist die ungleich höhere Quote von AMS-Überweisungen an (andere) niedergelassene Fachärzte (62,3%) gegenüber AML (43%), die ihrerseits dafür erheblich mehr stationäre Einweisungen hatten (48,1% gegenüber 24,5% bei AMS).
  Da nach einer Studie aus dem Jahre 1975 /52/ die Zahl von Überweisungen insgesamt in der Landarztpraxis wesentlich kleiner ist als in der allgemeinmedizinischen Stadtpraxis, liegt der Schluß nahe, daß die AML entsprechend diesem "Überweisungsverhalten" ihre Krebspatienten relativ lange selbst behandelten (vgl. auch Kap. 6.1) und erst sehr spät (oder zu spät?) in die Klinik überwiesen. In solchen Fällen war dann auch die Prognose eher schlecht (55%, siehe Tabelle 6.4). Hierin könnte eine (weitere) Ursache für die Tatsache liegen, daß insgesamt die Zahl der Todesfälle bei Krebspatienten der AML höher lag als in den anderen Arztgruppen (siehe Kap. 3.4).

- Generell gilt allerdings für alle 4 Arztgruppen, daß in die Klinik überwiesene Fälle eine wesentlich schlechtere Prognose hatten als solche, deren Diagnose in der eigenen Praxis abgeklärt wurde.

- Mit 7,6% relativ hoch war die Zahl der AML-Fälle,

bei denen der (Haus)-Arzt über die Einweisung seines Patienten gar nicht informiert war (siehe Anm. zur Tab. 6.3).

6.3 Die Möglichkeit einer früheren Diagnosestellung

Wie bereits in Kapitel 2.4 ("Kritik der Methode") ausgeführt, beruhten die in dieser Studie ermittelten Daten auf der Auswertung von Antworten, deren Wahrheitsgehalt nicht nachprüfbar war, und die wahrscheinlich nicht immer objektiv waren. Dies gilt sicher in hohem Maße auch für die Antworten auf die Frage "Wäre eine frühere Diagnosestellung möglich gewesen?". Dennoch nimmt die Auswertung dieser Frage insofern eine zentrale Stellung ein, als daß die Feststellung "Diese bösartige Erkrankung hätte eher diagnostiziert werden können" wohl am ehesten zu einer (konstruktiven) Kritik an der Arbeit des niedergelassenen Arztes auf dem Gebiet der Onkologie beitragen kann.
Zunächst die Ergebnisse einfach nach "ja" und "nein" aufgeschlüsselt (Teil "a" der Frage 4, Kap. III), Tabelle 6.5:

Tabelle 6.5: "Wäre eine frühere Diagnosestellung möglich gewesen? " (i.v.H.)

	AML	AMS	IM	FA
nein	25,3	37,7	49,4	28,2
ja	74,7	62,3	50,6	71,8
insges.	100% = 79	100% = 53	100 % = 75	100 % = 46

Um die Ergebnisse der 5 verschiedenen Antwortmöglichkeiten und ihre Kombinationen auf die Frage "Wodurch ist eine frühere Diagnosestellung verhindert worden?" (Teil "b" der Frage 4, Kap. III) ausführlicher darstellen zu können, wurden diese folgendermaßen zusammengefaßt:

1. "Patient ist zu spät gekommen"
   "Patient hat Frühsymptome nicht wahrgenommen"
   "Patient hat Frühsymptome falsch gedeutet"
wurden jeweils zusammengefaßt zu
   "Patient trägt die Schuld" (an Diagnoseverschleppung)

2. "Arzt hat Frühsymptome nicht wahrgenommen"
   "Arzt hat Frühsymptome falsch gedeutet"
wurden jeweils zusammengefaßt zu
   "Arzt trägt die Schuld" (an Diagnoseverschleppung)

3. Kombinationen von 1. und 2.
wurden zusammengefaßt zu:
   "beide tragen Schuld" (an Diagnoseverschleppugg)

Die so zustandegekommenen Daten sind in Tabelle 6.6 zusammengefaßt.

Tabelle 6.6: "Wer trägt die Schuld an einer Verschleppung der Diagnose?" (i.v.H.)

	AML	AMS	IM	FA
1. Patient trägt die Schuld	74,6	72,7	47,4	72,8
2. Arzt trägt die Schuld	15,2	9,1	44,7	24,2
3. beide tragen die Schuld	10,2	18,2	7,9	3,0
insgesamt	100 % = 59	100 % = 33	100 % = 38	100 % = 33

In durchschnittlich 2/3 aller Fälle (!) wäre also eine frühere Diagnosestellung möglich gewesen; die Internisten, bei denen dies nur zu etwa der Hälfte ihrer Patienten der Fall war, bilden hier eine gewisse Ausnahme (siehe Tabelle 6.5), ebenso bei der Frage um die (Mit-)Schuld an der Diagnoseverschleppung. Bei ihnen trugen die Patienten nur in 47,4% die alleinige Schuld an der Diagnoseverzögerung (gegenüber durch-

schnittlich 73,4% bei allen anderen Arztgruppen, Tabelle 6.6). Umgekehrt sahen die Internisten in 44,7% (gegenüber 15,2%, 9,1% und 24,2%) die alleinige Schuld für die Verzögerung der Diagnose beim Arzt selbst. Dieses auf den ersten Blick überraschende Ergebnis erweist sich aber bei genauerer Untersuchung nicht als selbstkritische Beurteilung, sondern als massive Kritik am jeweils vorbehandelnden Arzt, denn

- in 12 von 17 Fällen, in denen die IM dem Arzt selbst die alleinige Schuld gaben (entspr. 44,7%, Tab. 6.6) war der vorbehandelnde Arzt gemeint. Dies entspricht 7o,6% der Fälle!
- in 6 von 8 Fällen gaben die FA dem vorbehandelnden Arzt die alleinige Schuld.

Es liegt die Vermutung nahe, daß sich jeder einzelne Arzt dort, wo ein vorbehandelnder Kollege nicht zur Verantwortung gezogen werden konnte, in solchen Fällen an einer Verschleppung der Diagnose zumindest mitschuldig fühlte, in denen die Patienten bereits ein- oder mehrmal über Beschwerden im Sinne des Malignoms geklagt hatten und einer weiterführenden Diagnostik zu spät zugeführt worden waren. Daher wurden diese Fälle (vgl. Kap. 5.2) auf das Kriterium "Mitschuld des Arztes an der Diagnoseverzögerung" untersucht und die Ergebnisse in Tabelle 6.7 zusammengestellt. (Aus o.g. Gründen konnten hierbei IM und FA nicht berücksichtigt werden.)

Tabelle 6.7: Korrelation "früher ähnliche Beschwerden" "Mitschuld des Arztes" bei AML und AMS

	früher ähnliche Beschwerden	davon Mitschuld des Arztes
AML	100 % = 22	45,5 % (10)
AMS	100 % = 15	40,0 % (6)

Die oben geäußerte Vermutung konnte anhand der Ergebnisse der Tab. 6.7 nicht bestätigt werden.

Zuletzt sollte untersucht werden, inwieweit die Diagnoseverschleppung überhaupt Auswirkung auf die Prognose des Patienten hatte. Hierbei wurden die Prognosen der Fälle, bei denen eine frühere Diagnose möglich gewesen sein sollte, solchen Fällen gegenübergestellt, bei denen dies verneint wurde (Tab. 6.8).

Tabelle 6.8: Diagnoseverschleppung und Prognose (i.v.H)

Wäre eine frühere Diagnosestellung möglich gewesen		gute Prognose	schlechte Prognose	ungewisse Prognose	insgesamt
AML	ja	24,0	45,6	5,1	79 = 100 %
	nein	15,2	10,1	0	
AMS	ja	11,3	42,9	7,6	53 = 100 %
	nein	22,6	13,2	1,9	
IM	ja	17,3	28,0	5,3	75 = 100 %
	nein	22,7	24,0	2,7	
FA	ja	28,3	34,8	8,7	46 = 100 %
	nein	15,2	13,0	0	

Die obenstehende Tabelle kann nur unter Berücksichtigung der Gesamtverteilung der Tumorprognosen (vgl. Kap. 3.4) ausgewertet werden. Dies bedeutet, daß die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit einer früheren Diagnosestellung nur dann Einfluß auf die Prognose gehabt haben kann, wenn das Verhältnis von schlechten zu guten Prognosen innerhalb der Zeilen "ja" bzw. "nein" wesentlich von der Gesamtrelation guter und schlechter Prognosen abweicht (diese betrug bei AML

ca. 7:1o, bei AMS ca. 6:1o, bei IM 7,7:1o, bei FA 9:1o; vgl. Kap. 3.4).

Unter diesem Gesichtspunkt fällt auf:

- bei den Allgemeinärzten (auf dem Land wie in der Stadt) waren überproportional viele schlechte Prognosen zu verzeichnen, wenn eine frühere Diagnosestellung möglich gewesen wäre.
  (5:1o bei AML und 2,6:1o bei AMS)
- bei IM und vor allem FA war dieses Übergewicht schlechter Prognosen nicht ganz so erheblich (6,2:1o bei IM und 8,1:1o bei FA).
- in ihrer Diagnose nicht verzögerte Fälle hatten eine eindeutig bessere Prognose als solche, die möglicherweise früher hätten entdeckt werden können.

7. Therapie

Befaßt man sich genau mit der Literatur über Onkologie aus allgemeinmedizinischer Sicht, so überwiegen hierbei Veröffentlichungen über Krebsvor- und -nachsorge, wobei die Therapie fast gänzlich ausgeklammert wird. Andererseits mehren sich in der letzten Zeit solche Artikel, in denen engagierte Allgemeinärzte im Einklang mit leitenden Ärzten größerer Tumorzentren immer häufiger eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und onkologischen Zentren auch auf dem Gebiet der (Chemo-)Therapie fordern. Demnach sollte die Chemotherapie und/oder die Kontrolle der Laborparameter nach Absprache mit der onkologischen Ambulanz in der Praxis des niedergelassnen Arztes stattfinden /11, 7, 29, 59, 33/. In diesem Zusammenhang sei auf das onkologische Kooperationsmodell Hannover verwiesen, in dem "der niedergelassene, zuweisende Arzt...weiterhin der eigentliche Therapeut und der erste Ansprechpartner seiner Patienten" bleibt /33/. Unter diesem Gesichtspunkt entstanden die Fragen zu Kapitel IV des onkologischen Dokumentationsbogens

7.1 Tumortherapie

Die Antworten zu der Frage, worin die Tumortherapie bestehe, lieferten angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Kriterien, die in die Entscheidung für die eine oder andere Therapie einfließen, natürlich keine Ergebnisse, die einen Vergleich zwischen den 4 Arztgruppen zulassen. Dennoch seien sie der Vollständigkeit halber aufgeführt (Tab. 7.1).

Tabelle 7.1: Tumortherapie (in Absolutzahlen)

Therapieform	AML	AMS	IM	FA
OP (kurativ, palliativ)	57	34	50	39
Bestrahlung	30	20	30	20
Zytostatika-Therapie	8	9	19	12
Hormontherapie	4	2	3	2
keine Therapie bzw. unbekannt	10	10	8	2

Anmerkung: wegen häufig angewandter Kombinationstherapien liegt die Summe der Einzeltherapien über der Gesamtfallzahl.

7.2 Veranlassung und Durchführung der spezifischen Therapie

Die Antworten zu dieser Frage wurden in Tabelle 7.2 zusammengefaßt.

Tabelle 7.2: Wer hat die spezifische Therapie veranlaßt und durchgeführt?

	Onkologisches Zentrum	Therapie selbst durchgef.	andere Fachärzte	keine Therapie bzw. unbekannt	insgesamt
AML	(9) 11,4%	(0) 0%	(60) 75,9%	(10) 12,7%	(79) 100%
AMS	(8) 15,1%	(0) 0%	(35) 66,0%	(10) 18,9%	(53) 100%
IM	(10) 13,3%	(5) 6,7%	(52) 69,4%	(8) 10,6%	(75) 100%
FA	(2) 4,3%	(0) 0%	(42) 91,4%	(2) 4,3%	(46) 100%

In ( ) die Absolutzahlen

Überraschend selten - vor allem bei FA-Patienten waren onkologische Zentren im Sinne des in der Einleitung erwähnten Kooperationsmodells Hannover an der Koordination der spezifischen Therapie beteiligt.

Lediglich Internisten leiteten spezifische Therapien - wenn auch selten - selbst ein, wobei es sich ausnahmslos um Chemotherapie handelte.

Die absolute Mehrzahl spezieller Therapien lag in der Hand anderer Fachärzte, die diese meist stationär durchführten, so daß man hier bei bei entsprechender Spezialisierung dieser Kliniken u.U. von onkologischen Zentren im weiteren Sinne sprechen kann.

Die Zahl der Fälle, bei denen überhaupt keine Therapie durchgeführt wurde bzw. dies dem behandelnden Arzt unbekannt war, lag insbesondere bei AMS erstaunlich hoch.

7.3 Aufgaben im onkologischen Therapieplan

Um nachzuprüfen, inwieweit die in der Einleitung zu diesem Kapitel zitierte Forderung nach engerer Kooperation zwischen Onkologen und Hausärzten vor allem auf dem Gebiet der Chemotherapie realisiert worden ist, wurden die Angaben zur entsprechenden Therapieform aus Tabelle 7.1 (Zytostatika- und Hormontherapie) den Antworten zur Frage nach der Beteiligung an einer spezifischen Therapie gegenübergestellt (Tab. 7.3). Die Chemotherapie stellte im Rahmen der vergleichsweise niedrigen Mitbeteiligung an der Krebsbehandlung das einzige Aufgabengebiet der niedergelassenen Ärzte dar.

Tabelle 7.3: Beteiligung an Chemotherapie (in Absolutzahlen)

	insgesamt durchgeführte Chemotherapie	Mitbeteiligung
AML	12	3
AMS	11	2
IM	22	8
FA	14	6

Von den insgesamt 59 Patienten, die der Chemotherapie zugeführt worden waren, wurden nur 19 von ihrem erstbehandelnden Arzt im Rahmen der spezifischen Tumorbehandlung mitbetreut. In all diesen Fällen führten die niedergelassenen Ärzte die spezifische Therapie auf Anweisung einer Klinik durch (siehe auch Tab. 7.2). Diese geringe Mitbeteiligung deckt sich mit den Ergebnissen einer vom onkologischen Arbeitskreis der med. Universitätsklinik in Bonn durchgeführten Studie, die zeigte, daß die Zusammenarbeit mit insgesamt 116 Hausärzten im Rahmen der Zytostatikatherapie nur in 19 Fällen als gut bezeichnet werden konnte. In den übrigen Fällen erschien den beteiligten niedergelassenen Ärzten die Therapie entweder zu kompliziert oder zu aufwendig, in 25% der Fälle sogar als sinnlos.

Vielmehr bestand die Hauptaufgabe aller an dieser Studie teilnehmenden Ärzte in der Tumornachsorge. Da im folgenden Kapitel ausführlich darauf eingegangen wird, sind an dieser Stelle die entsprechenden Antworten zur Frage IV,3 ("Welche Aufgaben haben Sie im onkologischen Therapieplan?") nicht mehr tabellarisch aufgeführt.

8 Nachsorge

Der Tatsache, daß der niedergelassene Arzt in der Tumornachsorge seine Hauptaufgabe im Rahmen der Onkologie sieht, wurde durch die verstärkten Anstrengungen der onkologischen Fach-Arbeitskreise auf dem Gebiet der Organisation der Nachsorge in den letzten 3 Jahren Rechnung getragen. So entstanden verschiedene Nachsorge-Modelle (Hamburg, Hannover, KV Nordrhein) mit den im folgenden genannten Zielsetzungen:

- alle krebskranken Patienten sollen nach anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Behandlungsplänen versorgt werden
- die Versorgung soll wohnortnah erfolgen
- jeder Patient soll von einem persönlich verantwortlichen Arzt geführt werden, der die Kooperation und die Koordination der beteiligten Disziplinen und Einrichtungen sicherstellt
- die Versorgung soll langfristig programmiert sein
- bei Bedarf sollen neue, bessere Behandlungspläne realisiert werden
- der Verlauf bzw. Erfolg soll dokumentiert werden /33/.

Da Nachsorge im klinischen Sinn lediglich die nachgehende Betreuung kurativ behandelter Krebspatienten meint, in dieser Studie der Begriff "Nachsorge" jedoch auch auf solche Fälle ausgedehnt wurde, bei denen die Kurativität (noch) in Frage stand, sei an dieser Stelle vor der Darstellung der Ergebnisse der entsprechenden Untersuchungen die für diese Studie erweiterte Definition von Nachsorge kurz umrissen.

- Der Allgemeinarzt muß in der Lage sein, Sekundärfolgen vorausgegangener Maßnahmen sachgemäß zu therapieren, und außerdem in Verbindung mit dem vorbehandelnden Krankenhaus die jeweils notwendigen Kontrolluntersu-

chungen durchführen können /1/.

- In diesem Zusammenhang sollte er sich an spezifische Nachsorge-Schemata halten, in denen postoperative Nachsorge, Betreuung während der Bestrahlung, Mitüberwachung einer Chemotherapie, labortechnische Kontrollen, Rentenfragen, Rehabilitationsbemühungen, Schmerzbekämpfung etc.standardisiert sind /25, 26, 27,28/.

Anhand der Fragen des Kapitels V des Dokumentationsbogens wurde versucht, einen Eindruck davon zu gewinnen, inwieweit die o.g. Forderungen bei den 4 Arztgruppen tatsächlich realisiert sind.

8.1 Durchführung der Nachsorge

Die Antworten zur entsprechenden Frage (V,1 des onkologischen Dokumentationsbogens) wurden in Tabelle 8.1 zusammengefaßt. Da hierbei in nur 2 Fällen "sonstige Heilberufe" angegeben wurden, wurde diese Antwortmöglichkeit in der Tabelle nicht mit berücksichtigt.

Tabelle 8.1: Wem ist die Nachsorge (NS) anvertraut (i.v.H.)

	AML	AMS	IM	FA
nur selbst	44,3	24,5	49,4	47,9
zusammen mit dem weiterbehandelnden Arzt	29,1	45,3	25,3	30,4
nur weiterbehandelnder Arzt	15,2	17,0	17,3	15,2
keine NS, da Arztwechsel oder Patient verstorben	11,4	13,2	8,0	6,5
insgesamt	100%=79	100%=53	100%=75	100%=46

AML, Internisten und Fachärzte betreuen die Hälfte ihrer Patienten in eigener Verantwortung. Auffallend ist hier die Diskrepanz zwischen AML und AMS. Während die AML zum größten Teil selbständig Nachsorge betreiben, ziehen die AMS zu einem viel höheren Prozentsatz Fachärzte in Klinik und Praxis hinzu. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der bereits in Kapitel 6.2 zitierten Studie über die Unterschiede im Überweisungsverhalten von Land- und Stadtärzten, nach der - dies sei noch einmal wiederholt - die Landärzte wesentlich weniger überweisen als die Kollegen in der Stadt. Der Schluß liegt nahe, daß diese "Eigenständigkeit" der AML auch auf dem Gebiet der Nachsorge gültig ist.

Inwieweit die Prognose (bzw. das Tumorstadium) des Krebspatienten darauf Einfluß hat, ob der erstbehandelnde Arzt seinen Patienten eher "selbständig" weiterbetreut oder lieber einen Fachkollegen hinzuzieht, wurde anhand der Tabelle 8.2 untersucht.

Tabelle 8.2: Prognose und Beteiligung an der Nachsorge (i.v.H.)

AML	gute Prognose	schlecht Prognose	ungewisse Prognose
nur selbst	38,7	55,5	66,7
zusammen mit weiterbehandelndem Arzt	35,5	3o,6	33,3
nur weiterbehandelnder Arzt	25,8	13,9	o,o
insgesamt	31=1oo,o%	36=1oo,o%	3=1oo,o%
AMS			
nur selbst	11,1	39,1	4o,o
zusammen mit weiterbehandelndem Arzt	66,7	39,1	6o,o
nur weiterbehandelnder Arzt	22,2	21,8	o,o
insgesamt	18=1oo,o%	23=1oo,o%	5=1oo,o%
IM			
nur selbst	44,8	61,2	5o,o
zusammen mit weiterbehandelndem Arzt	34,5	19,4	5o,o
nur weiterbehandelnder Arzt	2o,7	19,4	o,o
insgesamt	29=1oo,o%	36=1oo,o%	4=1oo,o%

Fortsetzung Tabelle 8.2:

FA	gute Prognose	schlechte Prognose	ungewisse Prognose
nur selbst	7o,o	36,4	o,o
zusammen mit weiterbehandelndem Arzt	2o,o	4o,9	1oo,o
nur weiterbehandelnder Arzt	1o,o	22,7	o,o
insgesamt	2o=1oo,o%	22=1oo,o%	1=1oo,o%

Anmerkung: Die in der 4. Zeile der Tabelle 8.1 aufgeführten Fälle (keine NS) konnten natürlich nicht mit berücksichtigt werden.

Die o.g. Tabelle ist nur dann auswertbar, wenn man das Verhältnis, in dem die Aufgaben in der Nachsorge unter den Ärzten aufgeteilt sind (selbst : zusammen mit anderem Arzt : nur weiterbehandelnder Arzt), mitberücksichtigt (Tab. 8.1).
Konkret bedeutet dies: hätte die Prognose keinen Einfluß auf das Delegieren von Aufgaben in der Nachsorge, so müßte z.B. bei AMS innerhalb der Spalten "gute" und "schlechte" Prognose in Tab. 8.2 gleichermaßen wie in Tab. 8.1 der weitaus größere Teil der Fälle nur vom erstbehandelnden Arzt selbst betreut worden sein.
Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich aus Tabelle 8.2 folgende Schlußfolgerungen ziehen:

- bei den prognostisch günstigen Fällen verschiebt sich das Verhältnis von "Nachsorge in Eigenverantwortung" und "Nachsorge in Zusammenarbeit mit dem weiterbehandelnden Arzt" zwischen Tab. 8.1 und 8.2 bei AML und AMS eindeutig in Richtung Zusammenarbeit. Besonders deutlich wird dies bei AMS (44,3%: 29,1% gegenüber 38,7%:35,5% bei AML und 24,5%:45,3% gegenüber 11,1%:66,7% bei AMS).
  Bei den Internisten bleibt dieses Verhältnis in

etwa gleich (49,4% zu 45,3% gegenüber 44,8%:34,5%), während es sich bei den Fachärzten sogar in Richtung "Nachsorge in Eigenverantwortung" verschiebt (47,9%: 3o,4% gegenüber 7o%:2o%).

Entsprechend besteht die Tendenz zur alleinigen Nachsorge durch den weiterbehandelnden Arzt.

- Bei prognostisch ungünstigen Fällen hingegen verschiebt sich das Verhältnis bei AMS und IM deutlich in Richtung "Nachsorge in Eigenverantwortung", während es bei AML annähernd gleich bleibt und sich bei Fachärzten sogar von "Nachsorge in Eigenverantwortung" zu "Zusammenarbeit mit dem weiterbehandelnden Arzt" umkehrt. (Dieser ist im Normalfall der Hausarzt, was aus der Tabelle nicht hervorgeht.)

Während also die Allgemeinmediziner vor allem diejenigen ihrer Krebspatienten alleine im Rahmen der Nachsorge betreuen, die eine schlechte Tumorprognose haben, überweisen die Fachärzte solche Fälle häufig an den (erstbehandelnden) Hausarzt zurück.
Die Internisten nehmen hier eine Zwischenstellung ein.

8.2 Qualität der Nachsorge

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wenn man alle einzelnen Nachsorgeuntersuchungen und die Abstände, in denen sie von den teilnehmenden Ärzten durchgeführt wurden, aufführen würde.
Daher beschränkt sich die Auswertung dieses Kapitels auf den strengen Vergleich mit standardisierten Nachsorgeschemata (aus:BOKELMANN, SCHEIBE, WAGNER: "Krebs-Nachsorge") für die häufigsten in dieser Studie vertretenen Tumoren, wobei die Bewertungskriterien "korrekte" bzw. "übermäßige" bzw. "ungenügende" Nachsorge waren.

Dies war aufgrund des z.T. zu geringen Zahlenmaterials nur für die in Tabelle 8.3 aufgeführten Tumoren möglich. Aus den gleichen Gründen war außer beim Mammakarzinom und Kolon-Rektum-Anus-Karzinomen (Tab. 8.4) ein Vergleich zwischen den Fachdisziplinen nicht durchführbar (zum Bronchialkarzinom siehe Seite 95).

Es sollte hinzugefügt werden, daß in beiden Tabellen palliativ behandelte oder bereits verstorbene Fälle nicht mit berücksichtigt werden konnten, da hier eine Nachsorge in unserem Sinne nicht stattfand.

Zu erwähnen ist weiterhin, daß in den folgenden Tabellen die Angaben zur "Nachsorge durch den weiterbehandelnden Arzt" und zu "Ihre Nachsorge" als ein Nachsorgeprogramm zusammengefaßt wurden: dies bedeutet, daß die in Tabelle 8.4 angeführten Nachsorgefälle keineswegs nur durch die befragten Ärzte allein betreut wurden.

(So wurde beispielsweise die Nachsorge bei einem AML-Patienten auch dann als "ungenügend" bezeichnet, wenn eine erforderliche Nachuntersuchung durch den mitbehandelnden Facharzt nicht durchgeführt worden war. Das Versäumnis des betreffenden Allgemeinmediziners lag in einem solchen Fall in der mangelnden Koordination der Nachsorge).

Tabelle 8.3: Nachsorge bei den 9 häufigsten Karzinomen (in Absolutzahlen)

Karzinom	auswertbare Fälle	korrekte Nachsorge	übermäßige Nachsorge	ungenügende Nachsonge
Mamma-Ca	35	13	7	15
Colon-/ Rektum-/ Anus-Ca	20	11	2	7
Harnblasen-Ca	10	8	0	2
Prostata-Ca	8	5	0	3
Hypernephrom	7	6	0	1
Collum-Ca	6	5	0	1
Gallenblasen-/ Pankreas-Ca	5	3	0	2
Corpus-Ca	4	1	1	2
Magen-Ca	4	1	0	3
Insgesamt	99	53	10	36

Insgesamt wurde - gemessen an den o.g. Standard-Nachsorge-Programmen - in über der Hälfte der untersuchten Fälle korrekte Nachsorge betrieben. Jedoch in immerhin mehr als einem Drittel aller Fälle war die Nachsorge ungenügend (siehe hierzu im einzelnen Tab. 8.4). "Übermäßige" Nachsorge bezog sich praktisch ausnahmslos auf in ihrer Frequenz über das Standardschema hinaus erfolgte Laboruntersuchungen.

Tabelle 8.4: Nachsorge von Mamma-Ca und Kolon-Rektum-Anus-Ca bei den 4 Arztgruppen

Mammakarzinom

	korrekte Nachsorge	übermäßige Nachsorge	ungenügende Nachsorge	insgesamt
AML	4	1	2	7
AMS	3	2	3	8
IM	4	3	2	9
FA	2	1	8	11
				35

Kolon-Rektum-Anus-Karzinom

	korrekte Nachsorge	übermäßige Nachsorge	ungenügende Nachsorge	insgesamt
AML	3	o	3	6
AMS	1	1	2	4
IM	7	1	2	1o
FA	Kein Fall (vgl. Kap. 3.3)			
				22

Als korrekt wurde die Nachsorge dann bewertet, wenn sie dem "Nachsorgeuntersuchungsprogramm Brustkrebs" bzw. den "Nachsorgeuntersuchungen bei Kolon-Rektum-Anus-Karzinomen" /55/ entsprach. Diese Schemata lauteten (jeweils für das erste postoperative Jahr) wie folgt:

	Mammakarzinom	Colon-Rectum-Anus-Karzinom
nach 3 Monaten	Allgemein-und Lokalbefund sowie Lymphabfluß Labor: aP, Ca, P, GGT, GPT, GOT, Blutbild, BSG Rö: Thorax	Allgemein-und Lokalbefund bei Resektion: Endoskopie Hämoccult, Blutbild, BSG
nach 6 Monaten	Allgemein-und Lokalbefund sowie Lymphabfluß Labor: s.o.	Allgemein-und Lokalbefund bei Resektion: Endoskopie Labor: Hämoccult, Blutbild, BSG, LDH, GOT, GPT, GGT, aP, Gesamteiweiß, Bilirubin, 1-Feto-protein, CEA Rö: Kolon-KE
nach 9 Monaten	Allgemein-und Lokalbefund sowie Lymphabfluß Labor: s.o. Rö: Thorax	Allgemein-und Lokalbefund bei Resektion: Endoskopie Labor: siehe "nach 3 Monaten"
nach 12 Monaten	Allgemein-und Lokalbefund sowie Lamphabfluß Labor: s.o. Rö: Mammographie	Allgemein-und Lokalbefund bei Resektion: Endoskopie Labor: siehe "nach 6 Monaten" Rö: Kolon-KE, Becken, Thorax

Die Klassifizierung "ungenügende Nachsorge" bezog sich beim Mammakarzinom mit nur wenigen Ausnahmen auf das Fehlen der Rö-Thorax-Untersuchungen, beim Kolonkarzinom auf zu große Zeitabstände insbesondere der Endoskopie-Kontrollen.

Die Bewertung "übermäßige Nachsorge" ging - wie bereits zu Tab. 8.3 erwähnt - bei beiden Karzinomen auf zu häufige Laboruntersuchungen zurück.

Wie schon aus der Übersicht der Tabelle 8.3 hervorging, wurde (beim Mammakarzinom bei allen Fachrichtungen

gleichermaßen) in nur der Hälfte der Fälle - bzw. zu zwei Dritteln, wenn man die "übermäßige" Nachsorge hinzuzählt - korrekte Nachsorge betrieben. Eine Ausnahme bildet die internistische Nachsorge bei Kolon-Rektum-Anus-Karzinomen, hier war nur in 2 von 1o Fällen die Nachsorge ungenügend.

Eine Auswertung der Nachsorge bei Bronchialkarzinomen - wie vorher bei Mamma- und Darmtumoren - war nicht möglich, weil hier die Nachsorge von

- der histologischen Klassifizierung (die aus den Unterlagen nur teilweise hervorging)
  und
  der vorausgegangenen Ersttherapie (Resektion, Chemotherapie, Radiatio etc.) abhängt und sich entsprechend unterschiedlich gestaltet.

Von 1o Fällen allerdings, in denen die histologische Einteilung (jeweils Adenokarzinom der Lunge) genannt wurde, war die Nachsorge 9mal korrekt.

9. Terminalstadium

"Die psychosoziale Situation von Krebskranken ist im Zustand der terminalen Erkrankung die schwerwiegenste" /3o/.

"Gerade in der finalen Lebensphase des Tumorkranken kommen alle die Faktoren zum Tragen, die den Hausarzt nicht nur zum Arzt der ersten Stunde machen, sondern ihm auch seine Sonderstellung als Arzt der letzten Stunde aufbürden" /57/.

Diese und andere ähnliche Zitate unterstreichen die bedeutende Stellung, die die Konfrontation mit chronisch (Krebs-) Kranken für alle Ärzte einnimmt. Insgesamt befanden sich annähernd 4o% aller Patienten dieser Studie im Terminalstadium ihrer Erkrankung.

Wie sich diese Aufgaben im einzelnen gestaltet, welche Möglichkeiten der niedergelassene Arzt zur Verfügung hat bzw. ergreift, um dem Patienten das Leben und Sterben zu erleichtern, soll hier anhand der Fragen des Kapitels VI des Dokumentationsbogens zusammengestellt werden.
Da es eine standardisierte Betreuung im Terminalstadium nicht gibt bzw. nicht geben kann, soll hier nur auf (typische) Unterschiede zwischen den 4 Arztgruppen eingegangen werden.

9.1 Aufenthaltsort des Patienten im Terminalstadium und Frequenz der Hausbesuche

Die Antworten zur Frage VI, 1 des Dokumentationsbogens wurden in den folgenden Tabellen 9.1 und 9.2 zusammengefaßt und der Gesamtfallzahl gegenübergestellt.

Tabelle 9.1 Wo befindet sich der Patient im Terminalstadium (in ( ) die Absoutzahlen)

	Fallzahl insgesamt	Patienten im Terminalstadium	Terminalstadium im Krankenhaus	Terminalstadium zu Hause
AMS	(53) 100 %	(23) 43,4 %	(14) 26,4 %	(9) 17,0 %
AML	(79) 100 %	(35) 44,3 %	(11) 13,9 %	(24) 30,4 %
IM	(75) 100 %	(33) 44,0 %	(10) 13,3 %	(23) 30,7 %
FA	(46) 100 %	(8) 17,4 %	(5) 10,9 %	(3) 6,5 %

Insgesamt spiegelt die Tabelle die allgemeine Verteilung der Tumorprognosen (vgl. Kap. 3.4) wider; auch hier zeichneten sich die Fachärzte durch eine vergleichsweise kleine Zahl von Palliativ- und Todesfällen aus.

Während sich die Mehrzahl der IM- und AML-Patienten im Terminalstadium zu Hause befand, wurden AMS- und FA-Patienten überwiegend im Krankenhaus final betreut.

Tabelle 9.2: Frequenz der Hausbesuche (in Absolutzahlen)

	Terminalstadium zu Hause	Hausbesuche täglich	Hausbesuche wöchentlich	Hausbesuche monatlich
AMS	9	3	4	2
AML	24	17	6	1
IM	23	5	16	2
FA	3	o	2	1

Nur die Allgemeinmediziner auf dem Land besuchten die meisten ihrer moribunden Patienten täglich, und kommen hier der von ISELE et al. beschriebenen Hausarztfunktion u.U. am nächsten.
Von den AMS über IM zu FA nimmt die Frequenz der täglichen Hausbesuche ab bzw. die der wöchentlichen Hausbesuche zu.

9.2 Verordnete Medikamente

Die auf diese Frage angegebenen Medikamente wurden zu sinnvollen Gruppen zusammengefaßt. Um eine Vergleichsgrundlage zu haben, wurde die Häufigkeit, mit der das jeweilige Medikament einer Gruppe verordnet worden war, in Prozent von der Gesamtzahl der medikamentös therapierten Patienten angegeben.

Beispiel: Von 27 internistischen Patienten, die im Terminalstadium mit Medikamenten behandelt wurden, erhielten 13 Psychopharmaka, das entspricht 48% oder mit anderen Worten: fast jeder zweite medikamentös therapierte internistische Patient erhielt Psychopharmaka.

Anmerkung:
1. Die Summe der insgesamt verordneten Medikamente (Σ_x) ist größer als die Gesamtzahl der Patienten (n), da viele Patienten zugleich mehrere Medikamente erhielten.
2. Die Gesamtzahl der Patienten (n) in Tabelle 9.3 ist größer als die der Tabelle 9.2, da einige Patienten zwar für einen bestimmten Zeitraum zu Hause betreut worden waren und hier auch Medikamente erhielten, letztendlich jedoch ins Krankenhaus eingewiesen wurden.

Tabelle 9.3: Verordnete Medikamente

rkamente	AMS xmal verordnet	AMS in % von n	AML xmal verordnet	AML in % von n	IM xmal verordnet	IM in % von n	FA xmal verordnet	FA in % von n
rache getika	(7)	63,6%	(9)	32,1%	(9)	33,3%		
ce getika	(6)	54,5%	(18)	64,3%	(9)	33,3%	(3)	100 %
getika	(4)	36,4%	(11)	39,3%	(8)	29,6%		
ho- maka	(7)	63,6%	(6)	21,4%	(13)	48,1%		
liaka	(6)	54,5%	(3)	10,7%	(14)	51,9%		
jenwirks. kamente	(1)	19,1%	(10)	35,7%	(6)	22,2%		
zida emetika	(3)	27,3%	(2)	7,1%	(4)	14,8%		
ntien	(1)	9,1%	(1)	3,6%	(3)	11,1%		
olika u.a. rantien	(1)	9,1%	(11)	39,3%	(1)	3,7%		
molytika	(0)	0,0%	(2)	7.1%	(3)	11,1%	(1)	33,3 %
etika	(1)	9,1%	(3)	10,7%	(2)	7,4%		
phlo- ka	(1)	9,1%	(4)	14,3%	(0)	0,0%	(1)	33,3 %
tige	(1)	9,1%	(8)	28,6%	(12)	44,4%	(3)	100 %
rdnete kamente esamt	$\sum_x$ = 39		$\sum_x$ = 88		$\sum_x$ = 84		$\sum_x$ = 8	
mtzahl d. nten (n)	11		28		27		3	
kamente Patient	3,5		3,1		3,1		2,7	

Die Bevorzugung bestimmter Medikamente ist bei AML, AMS und IM recht unterschiedlich:

- AMS, die insgesamt die meisten Medikamente verordneten, bevorzugten am ehesten schwache Analgetika, verordneten aber insgesamt zusammen mit ihren Kollegen auf dem Land wesentlich mehr starke Analgetika und solche, die dem Btm-Gesetz unterstehen als die Internisten. (FA nicht auswertbar).
- Dem Vorschlag ISELEs /26/ und TÖNIES'/52/, morphinsparende Antidepressiva zur "Durchbrechung des circulus vitiosus Schmerz - Angst - Depression" einzusetzten, kamen nach Tabelle 9.3 am ehesten die Internisten nach, denn sie lagen mit der Verordnung sämtlicher Analgetika an letzter Stelle, mit der Verordnung von Psychopharmaka jedoch an zweiter hinter AMS.
  Von AML wurden Psychopharmaka am seltensten verordnet.
- Bei zwei weiteren Medikamentengruppen stellten AML ebenfalls eine Ausnahme dar:
  Im Vergleich zu ihren (Facharzt-) Kollegen in der Stadt spielten bei ihnen herzwirksame Medikamente in der Therapie final Erkrankter praktisch keine Rolle.
  Beträchtlich war hingegen bei AML der Einsatz von Anabolika und Roborantien, deren Verwendung nach SCHEIBE /55/ immerhin zu den Therapie-Richtlinien im Rahmen der Nachsorge Krebskranker gehört.

9.3 Zusätzliche Maßnahmen zur medikamentösen Therapie

Im Hinblick auf die Tatsache, daß sich nur 3 FA-Patienten im Terminalstadium zu Hause befanden und dort behandelt wurden (siehe Tab. 9.1 - 9.3), konnten die FA bei der Auswertung dieser Frage nicht berücksichtigt werden.
Für die übrigen Arztgruppen ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 9.4: Zusätzliche Maßnahmen (in Absolutzahlen)

	Patienten, die sich zu Hause befanden	zusätzliche Maßnahmen in (x) Fällen	Art der Maßnahmen
AM1	24	7	3mal pflegerische Maßnahmen 4mal Psychotherapie
AMS	9	1	Versuch der stationären Einweisung
IM	23	9	1mal pflegerische Maßnahmen 8mal Psychotherapie

Die von SCHRÖMBGENS /57/ geforderte "Sicherstellung einer regelmäßigen und vernünftigen Pflege" sowie die "psychische Führung" der Patienten /3o/ erfolgte in nicht ganz 3o% der untersuchten Fälle.

Überraschend war zunächst, daß hier die Internisten mit 9 von 23 Fällen den ersten Rang einnahmen. Die genauere Analyse zeigte jedoch - was aus der Tabelle 9.4 nicht ersichtlich ist -, daß es sich um einen Arzt handelte, der allein in 7 von den 8 aufgeführten Fällen Psychotherapie betrieb.

Gegenüber AMS zeigen auch hier die AML erneut ihre Haus- und Familienarztfunktion (7 von 24 Fällen bei AML gegenüber 1 von 9 Fällen bei AMS), wobei der "Versuch der stationären Einweisung" bei AMS ohnehin keine zusätzliche Maßnahme im Sinne der Frage darstellt.

9.4 Weiteres Hilfspersonal

Analog zum vorangehenden Kapitel lieferten die Antworten zur Frage VI, 4 des Dokumentationsbogens folgende Ergebnisse:

Tabelle 9.5: Hilfspersonen bei der Betreuung im Finalstadium

	Patienten, die sich zu Hause befanden	Hilfspersonen	welche Hilfspersonen
AML	24 = 100 %	(8) 33,3%	6mal Sozial- und Krankenpfleger 1mal Altenheimpfleger 1mal Arzthelferin
AMS	9 = 100 %	(4) 44,4%	4mal Sozial- und Krankenpfleger
IM	23 = 100 %	(10) 43,5%	6mal Sozial- und Krankenpfleger 1mal Bewegungstherapeut 2mal Arzthelferin

in ( ) die Absolutzahlen

Im Gegensatz zur vorangehenden Tabelle ergaben sich hier keine wesentlichen Unterschiede zwischen den 4 Arztgruppen.
Die größte Gruppe innerhalb des Hilfspersonals stellten die Sozial- und Krankenpfleger.

9.5 Gespräch über den nahenden Tod

Während es in den letzten Jahren vor allem zwischen Juristen und Medizinern zunehmend zu Diskussionen - und teilweise auch Übereinstimmungen - über Aufklärung am Krankenbett im allgemeinen gekommen ist, blieb das Thema "Verhalten des Arztes gegenüber Sterbenden" im besonderen weitgehend ausgeklammert.
Dennoch sieht sich der behandelnde Arzt diesem Problem - zumal bei Krebserkrankungen mit infauster Prognose immer wieder gegenübergestellt. Da sich annähernd 4o% aller in dieser Studie vertretenen Patienten in diesem Stadium befanden, zeigte sich auch hier die umfassende Bedeutung, die der Umgang mit dem Tod im Rahmen einer Krebserkrankung hat. Nach den

Untersuchungen von KÜBLER-ROSS "beginnt die psychische und physische Auseinandersetzung" mit der Krebserkrankung "bei jedem Patienten unmittelbar und verläuft, von individuellen Schwankungen abgesehen, bei der Mehrzahl der Patienten nahezu identisch ab" /31/.

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die in dieser Studie befragten Ärzte gegenüber ihren moribunden Patienten verhielten.

Tabelle 9.6: Wurde über den Tod gesprochen und von wem ging die Initiative aus (in Absolutzahlen)

	Patienten im Terminal-stadium	in x Fällen wurde über den Tod gesprochen	Initiative zum Gespräch vom Patienten ausgehend	Initiative zum Gespräch vom Arzt ausgehend
AMS	23	7	7/ 7	o/ 7
AML	35	8	6/ 8	2/ 8
IM	33	14	13/14	1/14
FA	8	o	--	--

In keinem der 8 Fälle sprach ein nicht-internistischer Facharzt mit seinem Patienten über dessen nahenden Tod.
Auch die Allgemeinmediziner taten dies nur in 7 von 23 bzw. 8 von 35 Fällen.
Lediglich die Internisten führten ein solches Gespräch in fast der Hälfte ihrer Fälle.
Fast immer ging die Initiative vom Patienten aus.

1o. Aufklärung

Wie bereits zu Beginn des Kapitels 9 erwähnt, ist in der jüngsten Vergangenheit kein anderes Thema so häufig diskutiert worden wie das der Aufklärung des Patienten über seine Krankheit, daraus resultierende therapeutische Konsequenzen, sowie insbesondere über die Lebenserwartung und -qualität, die sich mit bzw. trotz der Erkrankung ergibt. Daß sich diese Aufgabe gerade bei Krebserkrankungen ungeheuer schwierig gestaltet, ist allgemein bekannt.
Obwohl die Diagnose einer bösartigen Neubildung zumeist im Krankenhaus gestellt wird, fällt jedoch dem niedergelassenen (Haus-)Arzt die Aufgabe der Aufklärung zu /31/. Das bietet mit Sicherheit etliche Vorteile wie genaue Kenntnis der Persönlichkeit des Patienten, größerer Zeitraum zur stufenweisen Aufklärung und viele andere mehr, birgt jedoch den großen Nachteil, daß der niedergelassene Kollege nur in den seltensten Fällen genau weiß, welche Informationen seiner eigenen Aufklärung im Krankenhaus vorausgegangen sind, so daß er mit großem Feingefühl "vorfühlen" muß, was dem Patienten zwischenzeitlich erklärt wurde, um Widersprüchlichkeiten, die das Vertrauen des Patienten unterminieren könnten, zu vermeiden /31, 57, 59/.

Unabhängig von Kooperationsproblemen zwischen Klinik und Praxis gestaltet sich die Frage der Aufklärung (vollständig, nur in groben Zügen, gar nicht) bereits schwierig genug. So birgt nach LAWIN /34/ die vollständige Aufklärung die Gefahr einer Schädigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Bewußte Nicht-Aufklärung (nach SCHRÖMBGENS /57/ immerhin von 42,6% der von ihm befragten Ärzte praktiziert) führt nach KLIMM /31/ zu einer geistigen Entmündigung des Patienten, dem die Möglichkeit genommen wird, "frei über seine

Probleme im Kreise seiner Familie reden zu können". Hingegen steht die Informationspflicht zumindest einem Angehörigen gegenüber nicht mehr zur Diskussion und wird auch nach einer von LEITHOFF /34/ durchgeführten Repräsentativumfrage von 96% aller Kollegen erfüllt.

Die im folgenden zusammengestellten Daten sind als rein deskriptiv anzusehen; es soll keinesfalls der Eindruck entstehen, daß Aufklärung nur dann optimal war, wenn der Patient mit maximaler Offenheit unter Einsatz möglichst vieler Hilfspersonen immer wieder aufgeklärt wurde. Vielmehr scheint Verdrängung in diesem Zusammenhang ein wichtiger psycho-physischer Schutzmechanismus zu sein, der vom Arzt in sein Gesamtbehandlungskonzept mit eingebaut werden kann.

1o.1 Aufklärung des Patienten

Die entsprechenden Antworten zur Frage VII,1 des Dokumentationsbogens wurden zur folgenden Tabelle zusammengefaßt:

Tabelle 1o.1: Aufklärung des Patienten (ivH)

	insgesamt	vollständig aufgeklärt	nicht aufgeklärt	Ernst wissen lassen	Notwendigkt. eines Eingriffs erklärt	Krankht. bagatellisiert	Aufklärung nicht mehr möglich *)
AML	74=1oo%	47,3	13,5	24,3	9,5	5,4	(5)
AMS	48=1oo%	52,1	14,6	18,8	8,3	6,2	(5)
IM	72=1oo%	48,6	4,2	37,5	o	9,7	(3)
FA	41=1oo%	43,1	9,8	48,8	7,3	o	(5)
	253=1oo%	46,4	1o,2	31,4	6,o	6,o	(18)

*) Erläuterungen siehe folgende Seite 1o6.

*) Erläuterung zu Tabelle 1o.1:

Die mit *) gekennzeichnete Spalte beinhaltet (in Absolutzahlen) solche Patienten, die aufgrund eines früheren Todes im Krankenhaus oder eines Arztwechsels vom befragten Arzt nicht mehr aufgeklärt werden konnten.

Außer bei den Fachärzten (FA) wurde fast jeder zweite Patient vollständig aufgeklärt.

Vor allem die Fachärzte (FA) ließen den Patienten häufig "nur" den Ernst seiner Erkrankung wissen (48,8%), dies mag daran liegen, daß sie in vielen Fällen nur konsiliarisch tätig waren.

Die Allgemeinmediziner klärten häufig überhaupt nicht auf.

Insgesamt wurde die Krankheit nur selten bagatellisiert.

Es stellte sich nun die Frage, welche Faktoren Einfluß auf die Art der Aufklärung hatten. Hier boten sich anhand der zur Verfügung stehenden Daten folgende Zusammenhänge an:

- Beeinflussung durch die Prognose des Patienten (Tab. 1o.2).
- Beeinflussung durch das Alter des Patienten (Tab. 1o.3).
- Beeinflussung durch die Dauer des Arzt-Patienten-Verhältnisses bzw. die damit verbundene Kenntnis der Persönlichkeit des Patienten (Tab. 1o.4).

Sicherlich hat eine Vielzahl weiterer Faktoren einen zusätzlichen Einfluß auf die Aufklärung (z.B. Bildungsniveau des Patienten, das soziale Milieu, aus dem er stammt, Persönlichkeit des Arztes u.v.m.); der ohnehin weit gesteckte Rahmen dieser Studie wäre jedoch durch die Erfragung auch solcher Daten gesprengt worden.

Tabelle 1o.2: Aufklärung und Prognose (ivH)

AML	vollständig aufgeklärt	nicht aufgeklärt	Ernst wissen lassen	Notwendigkeit eines Eingriffs erklärt	Krankheit bagatellisiert	insges.
gute Prognose	8o,6	9,7	9,7	o	o	31=1oo%
schlechte Prognose	22,5	17,5	35,o	15,o	1o,o	4o=1oo%
ungewisse Prognose	prozentual nicht anzugeben					3=1oo%
AMS						
gute Prognose	77,8	o	22,2	o	o	18=1oo%
schlechte Prognose	3o,8	26,9	19,2	15,4	7,7	26=1oo%
ungewisse Prognose	prozentual nicht anzugeben					4=1oo%
IM						
gute Prognose	69,o	o	24,1	o	6,9	29=1oo%
schlechte Prognose	35,9	5,1	46,2	o	12,8	39=1oo%
ungewisse Prognose	prozentual nicht anzugeben					4=1oo%
FA						
gute Prognose	52,6	15,8	26,3	5,3	o	19=1oo%
schlechte Prognose	15,o	5,o	7o,o	1o,o	o	2o=1oo%
ungewisse Prognose	prozentual nicht anzugeben					2=1oo%

Bei der Auswertung der Daten der Tabelle 1o.2 muß die Verteilung der Aufklärungsmodi (Tab. 1o.1) mit berücksichtigt werden: hätte die Prognose keinen Einfluß auf die Aufklärung, so müßte sich unabhängig davon das gleiche Verteilungsmuster ergeben wie bei Tabelle 1o.1. Das ist jedoch eindeutig nicht der Fall, denn für alle 4 Arztgruppen gilt:

- bei guter Prognose wird zum überwiegenden Teil vollständig aufgeklärt
- bei schlechter Prognose besteht eher die Tendenz, den Patienten lediglich den Ernst seiner Lage wissen zu lassen bzw. ihn nicht aufzuklären
- wenn die Krankheit bagatellisiert wurde, dann war das bei schlechten und ungewissen Prognosen der Fall.

Tabelle 1o.3: Aufklärung und Alter des Patienten (i.v.H)

alle 4 Arztgruppen Alter	vollst. aufgeklärt	nicht aufgeklärt	Ernst wissen lassen	Notwendigkt. eines Eingriffs erklärt	Krankheit bagatellisiert	insgesamt
45 Jahre	59,1	18,2	18,2	4,5	o	22=1oo%
46-65 Jahre	51,5	8,7	27,2	6,8	5,8	1o3=1oo%
66-85 Jahre	38,7	1o,4	38,7	4,7	7,5	1o6=1oo%
						231 *)

*) bei 3 Patienten fehlte die Angabe zum Lebensalter, 18 Patienten konnten nicht (mehr) aufgeklärt werden, ein über 85-jähriger Patient wurde aus statistischen Gründen nicht mit aufgeführt.
Aufgrund des zu kleinen Zahlenmaterials wurden alle 4 Arztgruppen zusammen bewertet.

Bei der Auswertung der voranstehenden Tabelle müssen zwei Fakten mit berücksichtigt werden:

1. die Verteilung der Aufklärungsmodi (entsprechend Tab. 1o.1)
2. Voraussetzung ist, daß die durch das jeweilige Tumorstadium bedingten Prognosen, die ja auf die Art der Aufklärung Einfluß haben (Tab. 1o.2), unabhängig sind vom Lebensalter des Patienten.

Dies war jedoch schwer zu beurteilen (vgl. auch Kap. 4.2). Insofern müssen die Zahlen der Tabelle 1o.3 mit Vorbehalt beurteilt werden:
Es scheint der Trend zu bestehen, mit zunehmendem Lebensalter die Patienten weniger vollständig aufzuklären, sondern sie statt dessen eher den Ernst ihrer Erkrankung wissen zu lassen.

Tabelle 1o.4: Aufklärung und Dauer des Arzt-Patienten-Verhältnisses (ivH)

alle Arztgruppen zusammen	vollständig aufgeklärt	nicht aufgeklärt	Ernst wissen lassen	Notwendigkeit eines Eingriffs erklärt	Krankht. bagatellisiert	insgesamt
o Jahre	43,9	7,o	43,9	5,2	o	57=1oo%
1- 2 Jahre	38,5	3,8	42,3	3,6	11,6	26=1oo%
3- 5 Jahre	53,6	8,9	25,o	3,6	8,9	56=1oo%
6- 8 Jahre	64,3	o	35,7	o	o	14=1oo%
9-12 Jahre	26,1	8,7	34,8	17,4	13,o	23=1oo%
>12 Jahre	4o,o	4o,o	2o,o	o	o	1o=1oo%
						186 *)

*) Erläuterung siehe Seite 11o.

*) Erläuterung zu Tab. 1o.4:

Nicht mit in der Summe enthalten sind:
- 18 Patienten, die nicht (mehr) aufgeklärt werden konnten (siehe Tab. 1o.1)
- 1 Patient, bei dem die Angabe zur Behandlungsdauer fehlte.

Wegen des Zahlenumfangs wurden wieder alle 4 Arztgruppen zusammen bewertet.

Auch bei der Auswertung der Tabelle 1o.4 müssen 2 Fakten berücksichtigt werden:

1. Die Verteilung der Aufklärungsmodi (entsprechend Tab. 1o.1)
2. Die durch das jeweilige Tumorstadium bedingten Prognosen, die Einfluß auf die Aufklärung nehmen, müssen unabhängig von der Behandlungsdauer sein. Dies war bei AMS nicht der Fall (vgl. Kap. 4.1), daher wurden sie nicht mit berücksichtigt.

Unter diesen Voraussetzungen ergibt sich folgendes:
- Patienten, die zwischen 3 und 8 Jahren in Behandlung waren, wurden häufiger vollständig aufgeklärt.
- Andererseits wurden vor allem die Patienten, die sich bereits länger als 12 Jahre in Behandlung befanden, häufig nicht aufgeklärt. Hierzu zählten wahrscheinlich sehr viele überdurchschnittlich alte Patienten (vgl. Tab. 1o.3).
- Überdurchschnittlich viele erstmalig behandelte Patienten wurden nur über den Ernst ihrer Erkrankung informiert.
- Patienten, die sich seit mehr als 9 und weniger als 12 Jahren in Behandlung befanden, wurden wesentlich häufiger lediglich über die Notwendigkeit eines therapeutischen Eingriffs aufgeklärt als andere.

1o.2 Aufklärung der Angehörigen

Die Antworten zur entsprechenden Frage (VII, 2) des Dokumentationsbogens wurden zur Tabelle 1o.5 zusammengefaßt:

Tabelle 10.5 Aufklärung der Angehörigen (i.v.H.)

	insgesamt	vollständig aufgeklärt	nicht aufgeklärt	Ernst wissen lassen	Notwendigkeit eines Eingriffs erklärt	Krankheit bagatellisiert	nicht bewertbare Fälle *)
AML	72 100 %	94,4	4,2	1,4	0	0	(7)
AMS	38 = 100 %	94,7	0	5,3	0	0	(15)
M	64 = 100 %	96,8	1,6	0	1,6	0	(11)
FA	26 = 100 %	65,4	15,4	19,2	0	0	(20)
	200 = 100 %	91,5	4,0	4,0	0,5	0	(53)

*) In den in dieser Spalte (in Absolutzahlen) angeführten Fällen erfolgte kein Gespräch mit den Angehörigen

Mit Ausnahme der FA klärten alle Ärzte die Angehörigen praktisch immer vollständig auf.
Während bei FA, IM und AMS relativ häufig überhaupt kein Gespräch mit den Angehörigen stattfand (die mit *) gekennzeichnete Spalte), traf dies bei den Allgemeinmedizinern auf dem Land nur in 7 von 79 Fällen (entsprechend 8,9%) zu. Nur sie hatten also praktisch immer Kontakt zu den Angehörigen ihrer Patienten.

1o.3 Schilderung der Prognose

Die Antworten zu den Fragen 3 und 4 des Kapitels VII des Dokumentationsbogens wurden wieder in entsprechenden Tabellen zusammengefaßt.
Hier zunächst die Daten, die sich auf die Prognoseschilderung dem Patienten gegenüber beziehen:

Tabelle 10.6 Wie wurde dem Patienten die Prognose geschildert

	insgesamt	objektiv	positiver	ausweichend	keine Auskunft
AML	73 = 100 %	46,6	32,9	20,5	(1)
AMS	44 = 100 %	59,1	25,0	15,9	(4)
IM	66 = 100 %	47,0	37,9	15,1	(6)
FA	38 = 100 %	36,8	42,1	21,1	(3)
	221 = 100 %	47,5	34,4	18,1	(14)

*) Diese Spalte beinhaltet in Absolutzahlen solche Patienten, die zwar über die Diagnose, nicht jedoch über ihre Prognose aufgeklärt wurden.

Um zu vergleichen, ob in Tabelle 1o.1 und 1o.6 identische Patienten aufgeführt sind, wird in der nun folgenden Gegenüberstellung "Aufklärung des Patienten" und "Prognoseschilderung" für jeden einzelnen Fall überprüft (aufgrund des zu geringen Zahlenumfangs wurden die 4 Arztgruppen erneut zusammen ausgewertet).

Tabelle 1o.7: Aufklärung des Patienten und Schilderung der Prognose (alle Arztgruppen zusammen)

	Aufklärung										
Prognose	vollst. aufgeklärt		nicht aufgeklärt		Ernst wissen lassen		Notwendkt. eines Eingriffs erklärt		Krankht. bagatellisiert		insgesamt
objektiv	82	37,1%	2	o,9%	19	8,6%	2	o,9%	1o	o %	1o5
positiver	22	9,9%	11	5,o%	32	14,5%	5	2,3%	6	2,7%	76
ausweichend	3	1,4%	5	2,3%	18	8,1%	6	2,7%	8	3,6%	4o
insgesamt	1o7		18		69		13		14		221=1oo%

Einige Zahlen der voranstehenden Tabelle machen deutlich, wie unterschiedlich die Auffassungen über Aufklärung sind:

- erwartungsgemäß wurden die meisten Patienten vollständig aufgeklärt und erhielten eine objektive Auskunft über ihre Prognose (37,1%), doch in 9,9% bzw. 1,4% der Fälle wurden die Patienten "vollständig" aufgeklärt, die Prognose jedoch positiver oder gar nicht aufgezeigt.
- Umgekehrt erhielten o,9% der Patienten eine "objektive" Auskunft über ihre Prognose, ohne jedoch aufgeklärt worden zu sein.
- Nach der Kombination von vollständiger Aufklärung und objektiver Prognoseschilderung stand an zweiter Stelle das Nebeneinander von "den Patienten den Ernst seiner Erkrankung wissen lassen" und "positiver" Prognoseschilderung (14,5%).

Analog zu den Tabellen 1o.6 und 1o.7 sind in den folgenden zwei Tabellen die Daten, die sich auf die Angehörigen beziehen, zusammengefaßt.

Tabelle 1o.8: Wie haben Sie den Angehörigen die Prognose geschildert (ivH)

	insgesamt	objektiv	positiv	ausweichend	keine Auskunft*)
AML	71=1oo%	97,2	o	2,8	(1)
AMS	38=1oo%	97,4	o	2,6	(o)
IM	63=1oo%	95,2	1,6	3,2	(1)
FA	25=1oo%	96,o	4,o	o	(1)
	197=1oo%	96,4	1,1	2,5	(3)

*) Diese Spalte beinhaltet in Absolutzahlen solche Fälle, in denen die Angehörigen zwar über die Diagnose, nicht jedoch über die Prognose des Patienten aufgeklärt wurden.

Tabelle 1o.9: Aufklärung der Angehörigen und Schilderung der Prognose (alle Arztgruppen zusammen, in Absolutzahlen)

	Aufklärung					
Prognose	vollst. aufgeklärt	nicht aufgeklärt	Ernst wissen lassen	Notwendgkt eines Eingriffs erklärt	Krankht. bagatellisiert	insges.
objektiv	18o	3	7	o	o	19o
positiver	2	o	o	o	o	2
ausweichend	o	3	1	1	o	5
insgesamt	182	6	8	1	o	197

Mit nur wenigen Ausnahmen wurde vollständig aufgeklärten Angehörigen auch eine objektive Auskunft über die Prognose erteilt. Diskrepanzen wie bei der Aufklärung der Patienten (vgl. Tab. 10.7) fielen hier nicht auf.

10.4 Aufklärung in der Klinik

Entsprechend der Tabelle 10.1 wurden die Angaben der Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten in der Klinik aufgelistet, sofern darüber überhaupt Informationen vorlagen (s.u.).

Tabelle 10.10: Aufklärung in der Klinik

	vollständig aufgeklärt	nicht aufgeklärt	Ernst wissen lassen	Notwendigkeit eines Eingriffs erklärt	Krankheit bagatellisiert	insgesamt
AML	(22) 32,4%	(29) 42,6%	(11) 16,2%	(6) 8,8%	(0) 0 %	68=100%
AMS	(23) 65,7%	(3) 8,6%	(7) 20,0%	(2) 5,7%	(0) 0 %	35=100%
IM	(19) 38,0%	(13) 26,0%	(8) 16,0%	(8) 16,0%	(2) 4 %	50=100%
FA	(13) 41,9%	(3) 9,7%	(12) 38,7%	(3) 9,7%	(0) 0 %	31=100%
	(77) 41,8%	(48) 26,1%	(38) 20,7%	(19) 10,3%	(2) 1,1%	184=100%

Insgesamt wurden zwar auch in der Klinik in etwa gleich viele Patienten vollständig aufgeklärt (41,8%) wie in der Praxis (siehe Tab. 1o.1), besonders hervorzuheben ist jedoch, daß

- nur bei den AMS knapp zwei Drittel aller Patienten vollständig aufgeklärt in die ambulante Betreuung zurückkamen, während dies bei den anderen Arztgruppen wesentlich seltener der Fall war
- und umgekehrt vor allem viele AML-Patienten in der Klinik überhaupt nicht aufgeklärt wurden.

Bagatellisiert wurde die Krebserkrankung im Krankenhaus praktisch grundsätzlich nicht.

Wie bereits in der Einleitung angedeutet, gestaltet sich die Kooperation zwischen Klinik und Praxis vor allem auf dem Gebiet der Aufklärung sehr schwierig: die folgenden Zahlen (Tab. 1o.11), die sich aus den Antworten zur Frage VII. 5b des Dokumentationsbogens ergaben, belegen dies:

Tabelle 10.11: Information des niedergelassenen Arztes durch Klinik (ivH)

	Ging dies aus den Ihnen zugesandten Klinikunterlagen hervor?		
	ja	nein	insgesamt
AML	47,1%	52,9%	68 = 100%
AMS	62,9%	37,1%	35 = 100%
IM	44,0%	56,0%	50 = 100%
FA	16,1%	83,9%	31 = 100%
	44,0%	56,0%	184 = 100%

Nur die AMS erhielten in mehr als der Hälfte ihrer Fälle Unterlagen aus dem Krankenhaus, aus denen hervorging, wie (weit) ihr Patient dort aufgeklärt worden war.
Besonders schlecht informiert waren die Fachärzte, die in 83,9% unvollständige oder keine Angaben über die in der Klinik erfolgte Aufklärung erhielten.

Zum Schluß seien noch jene Fälle aufgeführt, in denen der behandelnde Arzt (noch) überhaupt keine Unterlagen (zum Beispiel Arztbrief) aus dem Krankenhaus erhalten hatte, obwohl sein Patient bereits wieder in seine ambulante Betreuung entlassen worden war.
Dies waren bei:
AML 5 von 79, entsprechend 6,3%,
AMS12 von 53, entsprechend 22,6%,
IM 15 von 75, entsprechend 2o,o%,
FA 11 von 46, entsprechend 23,9%.
Angesichts der ohnehin großen Schwierigkeiten im Rahmen eines möglichst lückenlosen Nachsorgeprogramms (vgl. Kap. 8.2) sind diese Zahlen (mit Ausnahme der AML) erschreckend hoch.

11. Allgemeine Fragen

Der in der Einführung (Kap. 2.1) bereits erwähnte Abschnitt "Allgemeine Fragen", in dem der an der Studie teilnehmende Arzt unabhängig von den konkret dokumentierten Malignomfällen Auskunft über den allgemeinen Umgang mit Krebspatienten in seiner Praxis geben sollte, diente in erster Linie dazu, die hier gemachten allgemeinen Aussagen mit den konkreten Ergebnissen der onkologischen Dokumentationsbögen zu vergleichen und vor allem auf etwaige Differenzen zu untersuchen.

Da der allgemeine Fragebogen leider von einigen Ärzten gar nicht, von anderen nur unvollständig bearbeitet wurde, ändert sich in den nun folgenden Tabellen jeweils die Gesamtsumme der befragten Ärzte.

11.1 Warnsymptome

Bei der Auswertung der ersten Frage des allgemeinen Fragebogens konnten die Fachärzte nicht berücksichtigt werden, da, wie schon mehrmals zuvor, die Inhomogenität dieser Gruppe auch hier eine Beurteilung nicht erlaubte. Die übrigen 3 Arztgruppen wurden (aus rechnerischen Gründen) zusammengefaßt.

Tabelle 11.1. Warnsymptome (in Absolutzahlen)

Warnsymptome	Häufigkeit: am häufigsten	häufig	manchmal	selten	praktisch nie	insges.
Inappetenz	4	8	5	6	5	28
Gewichtsabnahme	14	11	2	0	1	28
Kachexie	7	9	5	3	4	28
Gelenkbeschwerden	0	0	0	7	21	28
auff. Schmerzen	0	4	7	10	7	28
Anämie	2	10	11	3	2	28
Fieber	0	0	4	10	14	28
Wesensveränderung	0	0	4	8	16	28
Unregelmäßigkeit der Verdauung	3	10	10	1	4	28
Blut im Stuhl	8	11	6	2	1	28
Blut im Sputum	6	11	4	5	2	28
tastbare Knoten	11	13	2	2	0	28

Zusätzlich genannt wurden (jeweils als häufigstes Warnsymptom):

- BSG-Beschleunigung (2x)
- Hämaturie (1x)
- Menopausenblutung (3x)
- familiäre Häufung (1x)
- hartnäckiger Husten (1x)

Hervorzuheben ist:

"Gewichtsabnahme" und "tastbare Knoten" werden allgemein mit Abstand am häufigsten als Warnsymptome beachtet. An zweiter Stelle stehen dann "Blut im Stuhl", "Blut im Sputum" und "Kachexie".

Während "Anämie" und "Verdauungsunregelmäßigkeiten" noch in 1o von 28 Fällen als häufige Warnsymptome

bezeichnet wurden, maß man allen übrigen vorgegebenen Warnsymptomen wenig oder gar keine Bedeutung bei.
Vergleicht man diese Häufigkeitsverteilung mit der der Tabellen 5.1 und 5.2, so fällt folgendes auf:

- "Schmerzen" standen unter den tatsächlich im Laufe der Studie aufgetretenen Symptomen an zweiter Stelle hinter "tastbare Knoten", wurden allgemein aber selten als Warnsymptome angegeben.
- Umgekehrt hatte die "Gewichtsabnahme" als allgemeines Warnsymptom einen hohen Stellenwert, während sie im Verlaufe der Studie nicht so häufig zur späteren Diagnose führte.
- "Husten, Atemnot, Auswurf" standen (zumindest bei den Allgemeinärzten) an dritter bzw. vierter Stelle, wurden aber nur ein einziges mal als allgemeines Warnsymptom angegeben (s.o.): hier führte wahrscheinlich das Prinzip bereits vorgegebener Antwortmöglichkeiten zur unaufmerksamen Bearbeitung dieser Frage, da insgesamt nur 4 Ärzte von der Möglichkeit, zusätzliche Warnsymptome aufzuführen, Gebrauch machten.
- "Blutiges Sputum" wiederum wurde als häufiges allgemeines Warnsymptom angegeben, führte jedoch im Verlauf der Studie nur 6mal zur Krebsdiagnose.
- "Fieber"wurde weder allgemein als häufiges Warnsymptom angegeben, noch führte es im Verlauf der Studie besonders häufig zur weiterführenden Diagnostik (Tab. 5.1). Dennoch geben Autoren wie ISELE /23/ das Fieber als wichtiges Frühsymptom speziell bei Bronchialkarzinomen, die ja immerhin in dieser Studie an zweiter Stelle der Tumorverteilung lagen, an.

Nachzutragen sind aus der Tabelle 11.1 nicht hervorgehende Auffälligkeiten insbesondere der Allgemeinärzte auf dem Land: bei ihnen gelten - im Gegensatz zu AMS und IM - "Verdauungsunregelmäßigkeiten" praktisch überhaupt nicht, "Blut im Stuhl" wesentlich seltener als Früh- und Warnsymptome. "Kachexie" dagegen wird bei ihnen als dritthäufigstes Warnsymptom angegeben.

11.2 Tumorhäufigkeit in der Praxis

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Fachrichtungen und der überproportional hohen Zahl von gynäkologischen Praxen waren die Daten der Fachärzte auch bei dieser Frage nicht auswertbar. Für die übrigen 3 Arztgruppen ergab sich - unter Berücksichtigung der jeweiligen Rangordnung der einzelnen Tumoren - folgende Verteilung der 5 häufigsten nach der Meinung der teilnehmenden Ärzte in ihrer Praxis auftretenden Malignome.

Tabelle 11.2: Allgemeine Tumorverteilung
in () die Zahl der auswertbaren Praxen

	TUMORART		
Rangfolge	AML (9/12 Ärzte)	AMS (8/1o Ärzte)	IM (6/1o Ärzte)
1	Bronchial-Ca	Mamma-Ca	Mamma-Ca
2	Mamma-Ca	Magen-Ca	Bronchial-Ca
3	Magen-Ca	Bronchial-Ca	Colon-Ca
4	Colon-Ca	Cervix-Ca	Rectum-Ca
5	Rectum-Ca	Colon-Ca	Magen-Ca

Bis auf geringfügige Unterschiede stimmt hier die angegebene Tumorverteilung mit der Verteilung der 5 häufigsten in dieser Studie vertretenen bösartigen Neubildungen überein (Vgl. Abb. 3).
Eine Ausnahme fällt jedoch auf: die Allgemeinmediziner in der Stadt gaben das Magenkarzinom als zweithäufiges in ihrer Praxis auftretendes Malignom an, obwohl es im Laufe der Studie bei ihnen nicht einmal den 5. Rang einnahm.

11.3 Verdachtsdiagnose "bösartige Neubildung"

Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, führte die dritte Frage des allgemeinen Fragebogens des öfteren zu Mißverständnissen. Das von den Studienteilnehmern

am häufigsten angeführte Argument, eine bösartige Neubildung würde praktisch bei jeder ernsteren Erkrankung differentialdiagnostisch erwogen, gab Veranlassung dazu, diese Frage aus der Auswertung vollständig herauszunehmen.

11.4 Bestätigung der Verdachtsdiagnose

Die zur Frage 4 des allgemeinen Frageteils abgegebenen Antworten wurden in einer Übersichtstabelle zusammengefaßt.

Tabelle 11.3 : Bei welchem Tumor wird i.d.R. die Verdachtsdiagnose bestätigt? (in Absolutzahlen)

Tumor	AML	AMS	IM	FA
Bronchial-Ca	5	4	4	1
Mamma-Ca	5	9	4	4
Darmkarzinome	4	4	5	2
Hirntumoren	0	0	1	2
Magen-Ca	4	3	2	0
Genital-Ca	1	4	1	4
Prostata-Ca	3	4	2	3
Leukämien	2	0	3	1
mal. Lymphome	1	1	3	2
Sarkome	0	1	0	1
mal. Melanom	2	0	0	1
ausgewertete Praxen	7	9	6	10

Da bei dieser Frage Mehrfachangaben möglich waren, liegt die Summe der bestätigten Verdachtsdiagnosen über der der ausgewerteten Praxen.

- Bei FA spiegelt sich in der Häufigkeit, mit der Verdachtsdiagnosen bestätigt werden, auch die Häufigkeitsverteilung der Tumoren und somit die Fachrichtung der einzelnen Fachärzte wider (4 von 1o Fachärzten

sehen beispielsweise bei Mamma- und Genitalkarzinomen ihre Verdachtsdiagnose bestätigt - 3 von 1o Fachärzten sind Gynäkologen).

- Entsprechend sehen 5 von 6 Internisten, die diesen Teil der allgemeinen Fragen beantwortet haben, bei Darmtumoren ihre Verdachtsdiagnose bestätigt. Tatsächlich wurden ja auch von den Internisten die meisten Rektumkarzinome mit vergleichsweise günstiger Prognose diagnostiziert. (Vgl. Abb. 3 und Tab. 3.4).
- Auch bei AMS und AML setzt sich dieser o.g. Trend fort. Insgesamt kann man also sagen, daß bei den Tumoren die Verdachtsdiagnose bestätigt wird, die auch am häufigsten in der Praxis vorkommen bzw. diagnostiziert werden.

11.5 Aufklärung des Patienten

Im Gegensatz zu Tabelle 1o.2 konnte hier im allgemeinen Abschnitt keine Differenzierung in die 4 Arztgruppen vorgenommen werden, da der Zahlenumfang sonst zu klein gewesen wäre. (Wie sich im Kap. 1o.1 zeigte, waren im Punkte der Aufklärung ohnehin keine wesentlichen Unterschiede vorhanden). Untersuchungsgegenstand war wiederum eine mögliche Diskrepanz zwischen der konkreten Aufklärung der Krebspatienten in dieser Studie und der allgemeinen Ansicht der Ärzte zu diesem Thema.
Tabelle 11.4 zeigt die Ergebnisse der Befragung:

Tabelle 11.4 : Welche Information erhalten die Patienten über ihren Zustand? (ivH)

Information	bei guter Prognose	bei unsicherer Prognose	bei schlechter Prognose
objektiv	77,1	25,7	8,6
positivierend	17,1	45,7	40,0
ausweichend	5,8	22,8	51,4
gar keine	0	5,8	0
insgesamt befragte Ärzte	100%(n=35)	100%(n=35)	100%(n=35)

Wie die voranstehende Tabelle zeigt, ist die allgemeine Ansicht über Aufklärung so, daß die Patienten
- bei guter Prognose überwiegend objektiv informiert werden,
- bei unsicherer Prognose weniger objektiv, sondern eher positivierend informiert werden,
- und bei schlechter Prognose eher ausweichende Auskunft erhalten.

Diese Ergebnisse entsprechen in etwa denen der Tabelle 1o.2, wobei jedoch eine Unstimmigkeit auffällt: Während - laut Dokumentationsbögen - auch Patienten mit schlechter Prognose in durchschnittlich (d.h. alle 4 Arztgruppen zusammen) 26% der Fälle "vollständig" aufgeklärt wurden (Tab. 1o.2), beantworteten die Ärzte diese Frage - losgelöst von konkreten in ihrer Praxis auftretenden Fällen - wesentlich zurückhaltender (nur 8,6% "objektive" Information bei schlechter Prognose, Tab. 11.4).

11.6 Aufklärung der Angehörigen

Auch bei dieser Fragestellung konnten die 4 Arztgruppen wegen des zu kleinen Zahlenumfangs nicht gesondert

beurteilt werden. Die Zusammenfassung der Antworten zu dieser Frage gibt die folgende Tabelle wieder.
Da bei dieser Frage mehrere Antworten möglich waren, liegt die Zahl der hierzu erhaltenen Angaben über der der befragten Ärzte (n=35).

Tabelle 11.5 : Welche Information erhalten die Angehörigen der Krebspatienten? (in Absolutzahlen)

Aufklärung	selten	häufig	immer
gleiche Information an Patienten und Angehörige	5	3	3
weniger Information an Angehörige als an Patienten	4	0	0
grundsätzlich vollständige Aufklärung der Angehörigen	0	2	23
Keine Aussage	5		

- 23 von 35 Ärzten (=67,5%) klären die Angehörigen grundsätzlich auf, unabhängig davon, wieweit der Patient selbst aufgeklärt wurde.

Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem des Kapitels 1o.2, so fällt auf, daß in den konkreten im Laufe der Studie aufgetretenen Fällen wesentlich mehr Angehörige, nämlich 91,5%, vollständig aufgeklärt wurden. Hier spiegelt sich eine ähnliche Tendenz wie in Kapitel 11.5 wider, denn auch dort zeigte sich, daß tatsächlich mehr Patienten (trotz ungünstiger Prognose) objektiv aufgeklärt wurden, als es den allgemeinen Angaben nach zu erwarten gewesen wäre.

11.7 Information aus der Klinik

Die Antworten zur Frage 7 des allgemeinen Frageteils decken sich weitgehend mit den Auswertungsergebnissen des Kapitels 1o.5. Hier waren dem einweisenden Arzt in durchschnittlich 17% der Fälle (noch) keine Unterlagen über seinen Patienten zugegangen.

Tabelle 11.6 :Ausreichende Information aus der Klinik?
(in Absolutzahlen)

	AML	AMS	IM	FA	insgesamt
ja	7	9	6	8	30
nein	3	0	2	1	6
insges.	10	9	8	9	36

17% der Ärzte erachten die Information aus der Klinik (bzw. vom Facharzt) über den dorthin überwiesenen Patienten als nicht ausreichend.
Bei den Allgemeinmedizinern bestehen Diskrepanzen zwischen den hier zur Frage 7 gemachten Angaben und den Ergebnissen des Kapitels 1o.5:
während dort nämlich speziell die AML am wenigsten über fehlende Information aus der Klinik zu klagen hatten (6,3% gegenüber 2o% bei den anderen Arztgruppen), kritisierten sie hier - zusammen mit den Internisten am meisten die lückenhafte Rückmeldung aus der Klinik. Umgekehrt bei den AMS: 22,6% fehlende Rückmeldung in Kapitel 1o.5 gegenüber o% in Tabelle 11.6.

11.8 Kontaktverlust zum Patienten nach Überweisung an Klinik bzw. Facharzt

Die Idee zu dieser Frage entstand aufgrund der bereits in der Zusammenfassung des Kapitels 7 erwähnten Studie

von ILLIGER (Kooperation zwischen Hausärzten und Onkologen in Bonn): dort hatten rund 3o% der Patienten angegeben, "das Vertrauen zum Hausarzt verloren zu haben" (z.B. weil er die Diagnose nicht rechtzeitig gestellt habe) und lehnten eine weitere Konsultation ihres Hausarztes ab.

Hier die Ergebnisse der Frage 8 des allgemeinen Frageteils:

Tabelle 11.7 : Kontaktverlust zum Patienten

	AML	AMS	IM	FA	insgesamt
ja	1	2	1	4	8
nein	9	7	7	6	29
insges.	10	9	8	10	37

Die Zahlen der voranstehenden Tabelle bestätigen das Ergebnis der o.g. Studie nicht, im Gegenteil: nur die Fachärzte verloren in 4 von 1o Fällen nach einer Überweisung in eine Klinik oder an einen anderen spezialisierten Kollegen den Kontakt zum Patienten. Es ist zu vermuten, daß einige Fachärzte der Studie bei der Beantwortung dieser Frage an reine Zuweisungspatienten dachten, zu deren Behandlung sie ohnehin nur kurzzeitig konsiliarisch hinzugezogen waren.

11.9 Aufgaben im Rahmen der Krebsbehandlung

An dieser Stelle sollte den an der Studie teilnehmenden Ärzten die Möglichkeit gegeben werden, ihre vorrangigen Aufgaben auf dem Gebiet der Krebsmedizin zu definieren und gegebenenfalls Kritik am gegenwärtigen Stand der onkologischen Versorgung in der Bundesrepublik zu üben.

Leider führte der Versuch, alle Teilgebiete der Onkologie in eine Frage zu fassen, zu Mißverständnissen bei der Beantwortung. So wurde häufig der Teil c ("Halten Sie den gegenwärtigen Stand für ausreichend?") nur dann beantwortet, wenn auch der Teil a der Frage ("Welche der nachstehenden Aufgaben im Rahmen der Krebsbehandlung kommt Ihnen am häufigsten zu?") angekreuzt worden war.
Zur besseren Übersicht wurden die Ergebnisse der Frage 9 entsprechend ihrer Verteilung in die 3 Teilfragen a, b und c in 3 Tabellen dargestellt.

Tabelle 11.8 a) : Welche der nachstehenden Aufgaben im Rahmen der Krebsbehandlung kommt Ihnen am häufigsten zu?
(in Absolutzahlen)

	AML	AMS	IM	FA
allgemeine Vorsorge-Untersuchung	6	7	3	4
Vorfeld-Diagnostik	7	9	6	4
spezifische Diagnostik	4	4	4	7
spezifische Therapie	3	5	2	1
allgemeine Therapie	7	9	5	3
Nachsorge	8	9	5	3
Stellung nehmende Ärzte	10	9	8	9

Tab. 11.8 b) : Welche Aufgaben halten Sie für Ihre Belange für wichtig? (in Absolutzahlen)

	AML	AMS	IM	FA
allgemeine Vorsorge-Untersuchung	6	7	4	7
Vorfeld-Diagnostik	8	9	7	5
spezifische Diagnostik	4	4	5	9
spezifische Therapie	2	3	4	2
allgemeine Therapie	8	8	7	4
Nachsorge	9	9	7	3
Stellung nehmende Ärzte	10	9	8	9

Tab. 11.8 c) : Halten Sie den gegenwärtigen Stand für ausreichend? (in Absolutzahlen)

	AML		AMS		IM		FA	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
allgemeine Vorsorge-Untersuchung	1	6	3	3	1	5	4	3
Vorfeld-Diagnostik	5	3	4	4	4	3	6	0
spezifische Diagnostik	3	2	6	0	4	2	6	2
spezifische Therapie	2	5	4	2	2	3	2	2
allgemeine Therapie	7	1	5	3	7	0	4	1
Nachsorge	5	4	6	2	7	1	3	2
Stellung nehmende Ärzte	10		9		8		9	

Trotz der eingangs erwähnten Mißverständnisse bei der Beantwortung der Frage ergaben sich einige interessante Aspekte:

- Allgemeine Vorsorge-Untersuchung fällt meist in den Aufgabenbereich der Allgemeinmediziner (Tab. 11.8 a), und wird von diesen für die eigenen Belange auch als wichtig erachtet. Hier ist interessant, daß auch der Großteil der Fachärzte der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung innerhalb des eigenen Tätigkeitsbereiches große Bedeutung beimißt, ohne jedoch in gleichem Maße selbst daran beteiligt zu sein (Tab. 11.8 b). Insbesondere AML und IM halten den gegenwärtigen Stand für unzureichend (Tab. 11.8 c).
- Vorfeld-Diagnostik ist eine Domäne von Allgemeinärzten und Internisten (Tab. 11.8 a und b), im wesentlichen sind alle Arztgruppen mit den zur Zeit bestehenden diagnostischen Möglichkeiten zufrieden (Tab. 11.8c).
- Die spezifische Diagnostik wiederum liegt mehr in den Händen der Fachärzte (Tab. 11.8 a), die diese auch alle für ihre Belange als wichtig erachten (Tab. 11.8 c). Im Gegensatz zu allen anderen Arztgruppen sind die Allgemeinmediziner in der Stadt ausnahmslos mit dem gegenwärtigen Standard einverstanden (Tab. 11.8 c).
- Die spezifische Therapie obliegt - insgesamt gesehen- nur relativ wenigen Ärzten dieser Studie, ihr wird auch im Gegensatz zu allen anderen Aufgaben des niedergelassenen Arztes im Rahmen der Onkologie ein niedriger Stellenwert beigemessen. Auffällig ist jedoch, daß 5 (!) von 9 Allgemeinmedizinern in der Stadt vorgeben, an der spezifischen Therapie beteiligt zu sein. Dies steht im krassen Gegensatz zu den Ergebnissen der onkologischen Dokumentationsbögen (Tab. 7.3), nach denen die AMS in nur 2 von 53 Fällen (=3,8%) überhaupt an spezifischer Therapie Anteil hatten. Bei der Frage nach dem wissentschaftlichen Stand der spezifischen Krebstherapie gehen

die Meinungen der an der Studie beteiligten Ärzte auseinander: während AML und IM diese für mangelhaft erachten und die Fachärzte eine unentschiedene Haltung einnehmen, sind die AMS mit den zur Zeit bestehenden Möglichkeiten zufrieden.

- Die allgemeine Therapie fällt - wie nicht anders zu erwarten war - häufiger den Allgemeinärzten zu (Tab. 11.8 a), wenn auch die Internisten dieser Aufgabe einen hohen Stellenwert beimessen (Tab. 11.8 b). Sämtliche Arztgruppen sind mit den gegenwärtig vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten einverstanden.
- Die Nachsorge stellt sich für Allgemeinärzte und Internisten als wesentliche Aufgabe im Rahmen der ambulanten Betreuung von Krebspatienten dar (Tab. 11.8 a und b). Hier wird auch der z.Z. vorliegende Standard durchweg als zufriedenstellend bezeichnet (Tab. 11.8 c).

12. Zusammenfassung und Diskussion

Über einen Zeitraum von 1 Jahr (Mai 1980 bis Mai 1981) wurden alle neu aufgetretenen Krebsfälle (253) aus 42 allgemein- und fachärztlichen Praxen im Raum Mönchengladbach/Viersen mittels eines weitgehend standardisierten Dokumentationsbogens erfaßt.
Neben der Erarbeitung einiger mehr epidemiologischer Daten wie z.B. Praxisgröße und Behandlungsdauer lag das Hauptziel der Untersuchung darin, festzustellen, ob und inwieweit im Umgang mit dem Krebspatienten und seiner Krankheit zwischen Allgemeinmedizinern in der Stadt und auf dem Land einerseits und den internistischen und nicht-internistischen Fachärzten andererseits wesentliche Unterschiede oder aber auch Gemeinsamkeiten bestehen.
Daß es trotz zum Teil erheblicher Unterschiede in der Größe der Praxis, ihrer Lokalisation, ihrem Klientel und ihrer fachlichen Ausrichtung allgemeingültige Merkmale für die Arbeit im Rahmen der Krebsmedizin aller niedergelassenen Ärzte gibt, soll im folgenden Kapitel noch einmal zusammenfassend dargestellt werden.

12.1 Gemeinsame Merkmale aller Arztgruppen

Der Krebspatient ist und bleibt in der Praxis des niedergelassenen Arztes ein Ausnahmefall: stellt man die in dieser Studie aufgetretenen Krebsfälle der Zahl der teilnehmenden Ärzte gegenüber, so ergibt sich, daß im Durchschnitt jeder niedergelassene Arzt im Verlaufe eines Jahres nur 6mal eine bösartige Neubildung entdeckte und dies bei einer durchschnittlichen Praxisgröße von ca. 1.300 Scheinen pro Quartal.
Zu einem ähnlichen Ergebnis kam NEUMANN in einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1978, in der er diese o.g. Relation anhand des Baden-Württembergischen

Krebsregisters für Stuttgart und der Anzahl der dort niedergelassenen Ärzte erstellt /44/. "Von den 866 niedergelassenen Ärzten hat jeder die statistische Wahrscheinlichkeit, pro Kalenderjahr 2,8 neue Fälle mit einer bösartigen Neubildung in seiner Praxis zu sehen...Exakte Angaben über den Bestand an Krebskranken können nicht gemacht werden. Es ist aber realistisch, nicht mehr als das dreifache dieser Zahlen anzusetzen. Für den einzelnen Arzt ist also, wenn man es recht besieht, die bösartige Neubildung eine eher seltene als häufige Erkrankung."

Die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Tumorarten war - sieht man einmal von den nicht-internistischen Fachärzten ab - bei Internisten und Allgemeinärzten im wesentlichen gleich: so waren Mamma- und Bronchialkarzinome sowie Malignome des Magen-Darm-Traktes bei allen 3 Arztgruppen mit Abstand die häufigsten. Es sei noch einmal hinzugefügt, daß die Tumorverteilung in dieser Studie weitgehend mit der des Krebsregisters Saarland aus den Jahren 1972-74 übereinstimmt (nach NEUMANN /41/).

Rechnerische Versuche, Korrelationen zwischen Scheinzahl und Fallzahl zu ermitteln, lieferten keine signifikanten Ergebnisse. Es ist also - zumindest anhand der Daten dieser Studie - unzulässig zu behaupten, daß sich die Diagnostik mit zunehmender Praxisgröße verschlechtert. Anlaß zu dieser Vermutung gaben Autoren wie GÖPEL /13/, HELLER /2o,21/, ISELE /24/, NEUMANN /44/ et al., indem sie auf die Überforderung des niedergelassenen Arztes durch tägliche Routinearbeit, durch die Betreuung immer älter werdender multimorbider Patienten etc. hinweisen. Es bleibt abzuwarten, ob Studien mit größerem Stichprobenumfang eine solche These bestätigen könnten.

Auch hinsichtlich der Zahl der prognostisch günstigen Fälle bestanden zwischen den 4 Arztgruppen keine wesentlichen Unterschiede: insgesamt bestand bei

ca. 4o% der Patienten eine (nach den Angaben der Ärzte) "gute bis sehr gute Prognose" und damit Aussicht auf 5-Jahresheilung. Dies entspricht auch den Zahlen des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit /6,55/. Bei allen Arztgruppen hatten bösartige Neubildungen der Mamma und des Kolons die weitaus beste Prognose, Bronchial- und Magenkarzinome (um die häufigsten zu nennen) die schlechteste.

Das Durchschnittsalter der Krebspatienten in den 4 Arztgruppen war im wesentlichen gleich. Patienten mit guter Prognose waren eindeutig jünger. Da die Ursache hierfür nicht in einer auffälligen Häufung von Tumoren mit von vorneherein besserer Prognose innerhalb dieser Altersgruppe lag, bliebe es auch hier einer umfangreicheren Studie mit dieser speziellen Fragestellung vorbehalten, nachzuprüfen, ob bei jüngeren Patienten tatsächlich eine bessere Diagnostik betrieben wird oder ob sie aufgrund geringerer Multimorbidität bessere Aussicht auf Heilung ihres Tumorleidens haben.

Setzt man voraus, daß bei Krebspatienten keine grundsätzlich anderen Vor- und Begleiterkrankungen (unabhängig vom Tumorleiden) vorliegen als bei anderen Patienten, so läßt sich von ihrer Multimorbidität auf das allgemeine Krankengut der an dieser Studie beteiligten Praxen zurückschließen. Hier zeigte sich, daß die Häufigkeit der verschiedenen Beratungsursachen für Allgemeinärzte und Internisten praktisch identisch waren: so beherrschten neben Magen-, Darm-, Lungen- und orthopädischen Erkrankungen vor allem Herz-Kreislaufkrankheiten das Bild. Diese Daten entsprechen den Ergebnissen aus umfangreichen Untersuchungen, die HÄUSSLER in den Jahren 1966-69 durchgeführt hat /17/.

In etwa der Hälfte aller Fälle stand die letzte Beratungsursache vor Stellen der Krebsdiagnose bereits in einem möglichen Zusammenhang mit dem Tumor, d.h.

daß ca. 5o% aller Malignome u.U. zunächst symptomatisch therapiert worden waren. Dies galt vor allem für Bronchial- und Pankreaskarzinome, nicht hingegen für bösartige Neubildungen von Rektum und Mamma. Der Grund hierfür mag darin liegen, daß Rektum und Mamma palpatorisch relativ leicht zugänglich sind, während die Abklärung verdächtiger Symptome anderer Organe den Einsatz aufwendigerer, bzw. teurer und invasiver Diagnostik erfordert.

In zwei Drittel aller Fälle gingen der Verdachtsdiagnose "Krebs" Beschwerden bzw. Symptome voraus, die der Patient von sich aus vorgebracht hatte. Screening-Methoden im engeren Sinne wie Vorsorge-Untersuchungen, Routine-Labor (BSG, Blutbild) spielten bei der Krebsdiagnostik nur eine untergeordnete Rolle.

Unter den genannten Frühsymptomen lagen "tastbare Knoten und Resistenzen" sowie "Schmerzen" durchweg an der Spitze, in unterschiedlicher Reihenfolge bei den verschiedenen Arztgruppen folgten darauf "Stuhlunregelmäßigkeiten", "Husten, Atemnot, Auswurf" sowie "Leistungsknick" und "Gewichtsabnahme". In den meisten Fällen dieser Studie deuteten diese "Frühsymptome" bereits auf fortgeschrittenes Tumorwachstum hin. Angesichts der Tatsache, daß rund 6o% aller in dieser Studie dokumentierten Krebsfälle eine (nach den Angaben der Ärzte) "schlechte bis sehr schlechte Prognose" aufwiesen, kann man nur die von ISELE /24/ immer wieder vorgebrachte Forderung nach dem verstärkten Einsatz von Screening-Methoden in der Praxis des niedergelassenen Arztes unterstreichen.

Anamnestische Daten wie die Kenntnis bestimmter Risikofaktoren, prädisponierender Erkrankungen sowie bekannter Krebsfälle in der Familie des Patienten führten nicht zur frühzeitigen Diagnose und somit günstigen Tumorprognose. Allgemein bekannt waren ohnehin nur die für das Bronchialkarzinom typischen Risikofaktoren.

In durchschnittlich zwei Drittel aller Fälle gaben die Ärzte an, daß eine frühere Diagnosestellung möglich gewesen wäre. In zwei Drittel dieser Fälle wiederum sahen sie beim Patienten die alleinige Schuld an der Diagnoseverschleppung (eine Ausnahme bilden in diesen beiden Punkten die Internisten, siehe Kap. 12.4). Nur selten gaben sich die Ärzte die alleinige Schuld für eine Verzögerung der Diagnose, wobei konkrete Gründe für diese Selbstkritik nicht genannt wurden. WINTER kam in einer ähnlichen Untersuchung aus den Jahren 1953-6o zu vergleichbaren Ergebnissen: bei ihm lag die Quote der Diagnoseverzögerungen zwischen 59% und 63%, der Anteil der allein durch den Patienten entstandenen Diagnoseverzögerungen bei den einzelnen Krebsarten lag mit 45% allerdings wesentlich niedriger (aus HELLER /2o/). HELLER leitet daraus die Forderung ab, die Krebsfrüherkennung in der Praxis einerseits durch die Rationalisierung der kassenadministrativen Arbeit sowie Einführung von Aus- und Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Onkologie und andererseits durch die Verstärkung von gezielter Aufklärung der Bevölkerung durch die Massenmedien zu verstärken.

Die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnosestellung wird auch durch die Daten dieser Studie insofern belegt, als in ihrer Diagnose nicht verzögerte Fälle eine eindeutig bessere Prognose hatten als solche, die möglicherweise früher hätten entdeckt werden können.

Die spezielle Tumortherapie war die Domäne der Klinikfachärzte, wobei onkologische Zentren insgesamt nur selten in Anspruch genommen wurden. Die niedergelassenen Ärzte waren nur selten an dieser Therapie beteiligt (meist durch Überwachung von Laborparametern im Rahmen einer CHemotherapie). Nach der Meinung verschiedener Autoren wie z.B. DOLD /7/ und GALLMEIER /11/ sollte die Beteiligung niedergelassener Ärzte an der Chemotherapie verstärkt werden, um zum einen

"den Patienten möglichst lange seiner Familie, seinem Beruf und seinem sozialen Umfeld zu erhalten" und um zum anderen die Kontinuität der zumeist langwierigen Behandlung durch enge Kooperation des niedergelassenen Arztes mit einem onkologischen Zentrum zu wahren. Daß die ambulante Durchführung der Chemotherapie darüberhinaus eine beträchtliche Kostenersparnis bedeutet, sei nur nebenbei erwähnt (z.B. die onkologische Schwerpunktpraxis nach dem Modell Hamburg). Viele niedergelassene Ärzte stehen jedoch der chemotherapeutischen Krebstherapie sehr reserviert gegenüber. Eine Studie von ILLIGER macht dies deutlich: von 116 befragten Ärzten gaben 45% an, daß ihnen die zytostatische Therapie viel zu kompliziert sei, als daß sie sich damit intensiver befassen könnten; 25% waren der Meinung, die notwendigen regelmäßigen Laboruntersuchungen nicht bewältigen zu können; weitere 25% sahen in der Zytostatikatherapie keinen Sinn /46/.

In der Nachsorge sahen alle befragten Ärzte ihre Hauptaufgabe. Darüber, wie sich im einzelnen eine programmierte, effektive Nachsorge gestaltet, herrschte jedoch in vielen Fällen keine Klarheit. Insbesondere bei Mamma-, Kolon- und Rektumkarzinomen war die Nachsorge in etwas mehr als einem Drittel aller Fälle ungenügend. Dieses Ergebnis kann kaum als zufriedenstellend bezeichnet werden. (Nach einer Studie von LEONHARD aus dem Jahre 1974 erhielten sogar zwei Drittel von 1.000 Mammakarzinompatientinnen eine nur ungenügende Nachsorge /54/.) In diesem Zusammenhang sollte erwähnt werden, daß Fälle, bei denen beispielsweise die Nachsorge einer Patientin mit Mammakarzinom einzig und allein in Hb-Kontrollen bestand, auch in unserer Studie keine Ausnahmen waren.
Eine intensivere Fortbildung auf dem Gebiet der onkologischen Nachsorge sollte daher weg von "selbstgestrickter Diagnostik" /1/ in der Nachsorge hin zu soweit wie

möglich standardisierten, langfristig programmierten, dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechenden Nachsorgemodellen führen.

Im Laufe dieser Studie befanden sich bereits 45% der Patienten im Terminalstadium. Die Patienten, die sich präfinal zu Hause befanden und dort betreut wurden, erhielten im Durchschnitt 3 Medikamente. Die Kombination solcher Medikamente sowie die Frequenz von Hausbesuchen war für die 4 Arztgruppen unterschiedlich (siehe dort). Andere Maßnahmen wie die von Autoren wie ISELE /27/ und SCHRÖMBGENS /57/ geforderte Einschaltung z.B. von Pflegehilfen einer Sozialstation, wurden nur selten ergriffen. In der Mehrzahl der Fälle fand kein Gespräch mit dem Patienten über dessen nahenden Tod statt. In den wenigen Ausnahmefällen ging die Initiative hierzu vom Patienten aus.

Trotz der bereits im Kapitel 1o geschilderten Kontroversen zum Thema "Aufklärung krebskranker Patienten" klärten doch in dieser Studie alle teilnehmenden Ärzte zusammengenommen jeden zweiten ihrer Patienten vollständig auf.

Vollständig aufgeklärt wurden:

- Patienten mit günstiger Tumorprognose,
- jüngere Patienten,
- Patienten, die sich zwischen 3 und 8 Jahren in der Behandlung ihres Arztes befanden.

Nicht bzw. nur über den Ernst ihrer Erkrankung aufgeklärt wurden:

- Patienten mit ungünstiger Tumorprognose,
- ältere Patienten,
- Patienten, die sich weniger als 3 oder bereits mehr als 12 Jahre in der Behandlung ihres Arztes befanden.

Nur selten wurde die Krankheit bagatellisiert.

Es zeigte sich jedoch, daß vollständige Aufklärung über die Diagnose und objektive Schilderung der Lebensaussichten und -qualität verschieden gehandhabt wurden.

Es wurden durchaus nicht alle Patienten, die über ihre Diagnose informiert waren, auch ausdrücklich über die Chancen einer Heilung aufgeklärt. Nach NEUMANN /45/ steht dieses durch verschiedenste Umstände beeinflußte Aufklärungsverhalten aller Ärzte (auch dieser Studie) im Gegensatz zum "Wunsch nach Offenbarung der Diagnose unabhängig von den Behandlungsaussichten", der in einer vom Landesverband Württemberg 1967 durchgeführten Untersuchung von 71% des Gesamtkollektivs geäußert wurde. Ausbildung, Alter und andere Faktoren hatten hier praktisch keine Rolle gespielt. SPECHT /6o/ war in einer großangelegten Befragung von Klinikpatienten jedoch zu einem anderen Ergebnis gekommen: "Bei den Krebskranken dominierte sowohl prä- als auch postoperativ die Problemverdrängung, eine Erscheinung, die jedem Arzt bekannt ist und zum "Typ" des Krebskranken gehört."
Aus all dem darf wohl die Schlußfolgerung gezogen werden, daß es ein Patentrezept für die Aufklärung eines Krebskranken nicht gibt. Die Reaktion eines Patienten auf die immer noch stigmatisierte Diagnose "Krebs" ist auch für den schon seit langem behandelnden (Haus-) Arzt nicht vorhersehbar, und er muß somit von Situation zu Situation seine Verhaltensweise neu einstellen.
Den Angehörigen gegenüber bestanden solche Probleme praktisch nie. Sie wurden sowohl über die Diagnose als auch die Prognose fast immer vollständig aufgeklärt.

Zusätzlich erschwert wurde den Ärzten die Aufklärung ihrer Patienten durch die Tatsache, daß neben der ohnehin recht unvollständigen Information aus der Klinik über die dort erfolgte Aufklärung (siehe Kap . 12.2-12.5) insgesamt in jedem fünften Fall überhaupt (noch) keine Unterlagen über den wieder in ambulante Betreuung entlassenen Patienten vorlagen.

Die Antworten auf die Fragen im letzten Teil der Studie (allgemeine Fragen), in dem die teilnehmenden

Ärzte Auskunft über ihren allgemeinen Umgang mit dem Krebspatienten und seiner Krankheit in der Praxis geben sollten, brachten - im Vergleich mit den konkreten Ergebnissen der Dokumentationsbögen - einige interessante Aspekte:
Die von allen Ärzten gleichermaßen genannten wichtigsten Warnsymptome, auf die sie in der Praxis verstärkt achten, stimmten nur zum Teil mit den häufigsten Erstsymptomen überein, die tatsächlich im Verlauf der Studie zur Diagnose des dokumentierten Falls führten: während das Symptom "tastbarer Knoten", das insgesamt am häufigsten zur Diagnose führte, auch bei den allgemein genannten Warnsymptomen an erster Stelle stand, wurde das insgesamt zweithäufigste Symptom "Schmerzen" bei den allgemeinen Warnsymptomen praktisch nie aufgeführt. Auffällig war weiterhin, daß das von Autoren wie ISELE /23/ und SCHEIBE /55/ im Hinblick auf die Verdachtsdiagnose "Bronchialkarzinom" häufig beschriebene Frühsymptom "Fieber" hier keine Bedeutung fand. Dies mag als Anhalt dafür bewertet werden, daß das Aufführen solcher sehr allgemeinen "Krebsfrühsymptome" für den niedergelassenen Arzt - Allgemein- wie Facharzt - ohne praktischen Nutzen ist.

Die Verteilung der allgemein häufigsten in der Praxis auftretenden Tumoren deckte sich mit der Verteilung der konkret im Verlaufe der Studie dokumentierten Fälle (mit Ausnahme des Magenkarzinoms bei AMS, siehe dort), so daß auf diesem indirekten Wege ein grober Anhalt dafür gegeben ist, daß sich das Spektrum der bösartigen Neubildungen in den einzelnen Praxen in den letzten Jahren nicht wesentlich geändert hat. Die richtige Verdachtsdiagnose wird allgemein nur bei den Malignomen am ehesten gestellt, die auch am häufigsten in der Praxis vorkommen (also Bronchial-, Mamma- und Kolonkarzinome), was die These von NEUMANN /44/ belegt, daß "allein die Häufigkeitsverteilung" es dem einzelnen niedergelassenen Arzt unmöglich macht, "eigene Erfahrung in der Behandlung und Betreuung

von Patienten mit verschiedenen Krebslokalisationen in größerem Umfang sammeln zu können."

Ein interessanter Unterschied ergab sich hinsichtlich der Aufklärung Krebskranker mit schlechter Prognose: in dieser Studie wurden wesentlich mehr betroffene Patienten und Angehörige vollständig aufgeklärt, als es nach den allgemeinen Angaben zu erwarten gewesen wäre. (Es sei an dieser Stelle allerdings noch einmal auf die bereits in der Einleitung angesprochene Subjektivität der Antworten hingewiesen.)

Auf die Schwierigkeiten bei der Aufklärung des aus der Klinik entlassenen Krebspatienten soll nicht noch einmal eingegangen werden. Es bleibt jedoch hervorzuheben, daß immerhin 17% aller an dieser Studie teilnehmenden Ärzte die Information aus der Klinik generell für unzureichend halten. Daß dies zwangsläufig eine negative Auswirkung auf die Qualität einer lückenlosen Nachsorge haben muß, liegt auf der Hand. Nach HAUNHORST /18/ kann der Hausarzt seine Aufgaben im Rahmen der Nachsorge "...in seiner Sprechstunde nur dann bewältigen, wenn er eine lückenlose Information von dem bisherigen Krankheitsablauf einschließlich der therapiebedingten Folgeerscheinungen hat."

Dennoch halten fast alle Ärzte, die in dieser Studie an der Nachsorge maßgeblich beteiligt waren, den gegenwärtigen allgemeinen Standard für ausreichend. Gleiches gilt auch für Diagnostik und allgemeine Therapie (Sedierung, Analgesierung etc.).
Kritik hingegen wurde vor allem am derzeitigen Stand der spezifischen Tumortherapie und der Vorsorgeuntersuchungen geübt.

12.2 Für die Allgemeinmediziner auf dem Land (AML) charakteristische Ergebnisse

Mit durchschnittlich 1.624 Scheinen pro Quartal hatten die Allgemeinmediziner auf dem Land die größten in dieser Studie vertretenen Praxen. Demgegenüber wiesen sie jedoch mit nur 3,74 Krebsfällen pro 1.ooo Scheine die zweitniedrigste Fallzahl auf. Im Gegensatz zu den Internisten, die besonders viele Kolon- und Rektumkarzinome diagnostizierten und den Allgemeinärzten in der Stadt, bei denen besonders das Mammakarzinom gehäuft auftrat, wiesen die AML eine relativ gleichmäßige Verteilung der in dieser Studie dokumentierten Tumoren auf.
Mit 27% waren bei den AML mit Abstand die meisten Krebspatienten bereits im Verlaufe der Studie verstorben.
Patienten allgemeinärztlicher Landpraxen wurden vor ihrer Krebserkrankung besonders häufig wegen Leber-Galle-Pankreaskrankheiten behandelt.

Wie auch bei den Allgemeinärzten in der Stadt waren die Patienten der AML unabhängig von ihrer Krebserkrankung wegen mehr verschiedener Krankheiten in Behandlung, als dies bei Internisten und Fachärzten der Fall war. Diese höhere Multimorbidität hatte auch Einfluß auf die Prognose: bei beiden Arztgruppen war die Zahl von zusätzlichen Begleiterkrankungen eindeutig am höchsten bei bereits verstorbenen Patienten. Unter der bereits genannten Voraussetzung, daß sich von den Vor- und Begleiterkrankungen der Krebspatienten auf das Morbiditätsspektrum der gesamten Praxis rückschließen läßt, mag in diesem "unausgelesenen Krankengut" (HELLER /2o/) eine Ursache hierfür liegen, "in der täglichen Routinearbeit anamnestisch vorgetragene verdächtige Symptome zu übersehen oder zu überhören" (ISELE /22/).
Eine weitere These der beiden oben zitierten Autoren, daß nämlich insbesondere der Hausarzt aufgrund eines

seit langem bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnisses die größeren Chancen hat, bei seinen Patienten frühzeitig eine Krebserkrankung zu diagnostizieren, konnte zumindest in dieser Studie für die Landpraktiker nicht bestätigt werden. Bei ihnen nämlich führte eine im Durchschnitt ohnehin nicht erhöhte Behandlungsdauer nicht zu entscheidend besseren Prognosen (siehe hierzu aber S. 36).

In einigen anderen Punkten kamen die AML der in der Literatur beschriebenen "Haus- und Familienarztfunktion" näher: durch engeren Kontakt zur Familie des Patienten erhielten sie noch am ehesten diagnostisch richtungsweisende Informationen durch dessen Angehörige. Ihnen waren am häufigsten in der Familie auftretende (Krebs)-Erkrankungen bekannt.Mehr als alle anderen in dieser Studie vertretenen Ärzte betreuten sie ihre final erkrankten Krebspatienten zu Hause, die Rate täglicher Hausbesuche lag bei ihnen mit 71% am höchsten. Fast jeder Dritte dieser Patienten erhielt zusätzlich zur medikamentösen Therapie spezielle pflegerische Hilfe, meist durch Mitarbeiter einer Sozialstation.

Im Rahmen der Diagnostik waren folgende Ergebnisse für die Allgemeinärzte auf dem Land kennzeichnend: Mit 18% war die Zahl der sich bereits seit längerem in Behandlung befindlichen Krebspatienten, die schon mehrfach Beschwerden im Sinne des später diagnostizierten Malignoms angegeben hatten, bei ihnen mit Abstand am höchsten.
Die Quote der Übereinstimmungen zwischen der ersten Verdachtsdiagnose und der endgültigen Diagnose war entsprechend niedriger als bei allen anderen Arztgruppen. Bei den Fällen, bei denen die Verdachtsdiagnose falsch war, lag die Zahl besonders ungünstiger Prognosen noch höher als bei allen anderen Arztgruppen. Auffallend war weiterhin, daß nur bei den AML "Kachexie" als immerhin dritthäufigstes allgemeines Warnsymptom

angegeben wurde. Aus all dem ist der Schluß zu ziehen, daß die häufig zitierte These von BRAUN über die rein symptomatische Behandlung einzelner Krankheitserscheinungen bei "abwartendem Offenlassen der Diagnose" insbesondere für die Allgemeinmediziner auf dem Land zutrifft.

Die Zusammenarbeit der AML mit Fachärzten in Klinik und Praxis war durch folgende Punkte charakterisiert: Noch wesentlich seltener als die AMS ließen die Landärzte ihre Verdachtsdiagnosen ambulant abklären, es erfolgte häufiger die direkte Einweisung in die Klinik. Wiederum im Vergleich mit AMS betrieben sie häufiger Nachsorge (in unserer Definition, siehe S. 85) in der eigenen Praxis, wobei es sich dann überwiegend um Patienten mit sehr schlechter Prognose handelte. Eine Erklärung hierfür wäre u.U. im Hinblick auf die spezielle medizinische Versorgungsstruktur auf dem Land denkbar: die geringe Facharztdichte nimmt dem Landarzt die Möglichkeit, seine Verdachtsdiagnose vor der stationären Einweisung durch den niedergelassenen Facharzt abklären zu lassen. Dieses "fehlende Glied in der diagnostischen Kette" führt zu einer direkten Einweisung in die Klinik zu einem späteren Zeitpunkt bei bereits fortgeschrittener Symptomatik. In diesem Zusammenhang muß daher wohl auch die Tatsache gesehen werden, daß die Zahl der - dem Arzt zunächst nicht bekannten - Noteinweisungsfälle in die Klinik bei den AML relativ am höchsten lag.

Der Umgang der Landärzte mit ihren Krebspatienten im Terminalstadium läßt sich folgendermaßen beschreiben: in der medikamentösen Therapie wurden insbesondere starke und Btm-pflichtige Analgetika sowie Roborantien und Anabolika bevorzugt. Psychopharmaka fanden verglichen mit allen anderen Arztgruppen praktisch kaum Anwendung. Die AML sprachen mit ihren Patienten vergleichsweise selten über den Tod.

Die von den AML im allgemeinen Frageteil angegebene Hauptaufgabe im Rahmen der onkologischen Versorgung ist neben Vorfelddiagnostik, allgemeiner Therapie und Vorsorge-Untersuchung vor allem die Nachsorge. Während sie mit dem allgemeinen Stand der verschiedenen onkologischen Aufgabenbereiche weitgehend zufrieden waren, äußerten sie am häufigsten Kritik am allgemeinen Standard der Vorsorge-Untersuchungen. Tatsächlich war ja auch nur (außer bei den Fachärzten) ein Bruchteil der in dieser Studie dokumentierten Malignome im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entdeckt worden.

12.3 Für die Allgemeinmediziner in der Stadt (AMS) charakteristische Ergebnisse

Mit durchschnittlich 1.1oo Scheinen pro Quartal waren die allgemeinärztlichen Stadtpraxen die kleinsten in dieser Studie vertretenen. Demgegenüber wiesen sie jedoch mit 4,77 Krebsfällen bezogen auf 1.ooo Scheine die zweithäufigste Fallzahl auf. Auffällig war die Häufigkeit bestimmter Tumoren: so diagnostizierten die AMS absolut wie relativ die meisten Mamma- und Prostatakarzinome. Korpuskarzinome wurden außer von ihnen sonst nur noch von Fachärzten diagnostiziert.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Krebspatienten war bei ihnen mit Abstand die längste. Hier bestätigte sich auch der von HELLER, ISELE et al. beschriebene Zusammenhang zwischen frühzeitiger Diagnostik und Dauer des Arzt-Patienten-Verhältnisses: während bei den anderen Arztgruppen keine signifikante Korrelation zwischen Prognose und Behandlungsdauer bestand, war diese bei den AMS-Patienten mit guter Prognose eindeutig länger.

Für die Multimorbidität ihrer Patienten gilt das gleiche wie für die der Landärzte: AMS-Patienten waren

"kränker" als Facharztpatienten. Besonderen Stellenwert unter den Vor- und Begleiterkrankungen unabhängig vom Tumorleiden nahmen Erkältungs- und urologische Krankheiten ein. Wie schon bei den AML wiesen auch hier die im Verlauf der Studie bereits verstorbenen Patienten die größte Häufung von Vor- und Begleitkrankheiten auf.

Im Rahmen der Diagnostik nahmen die AMS teilweise eine Zwischenstellung zwischen ihren Kollegen auf dem Land einerseits und den internistischen und nichtinternistischen Fachärzten andererseits ein: mit 12,8% war bei ihnen die Zahl der sich bereits seit längerem in Behandlung befindlichen Krebspatienten, die schon mehrfach über Beschwerden geklagt hatten, die womöglich schon in einem Zusammenhang mit dem später diagnostizierten Malignom standen, am zweithöchsten. Die von ihnen gestellten Verdachtsdiagnosen stimmten zwar häufiger mit den endgültigen Diagnosen überein als bei den Landpraktikern, insgesamt jedoch war die Quote solcher Übereinstimmungen niedriger als bei den Internisten und Fachärzten. Zur Verifizierung der Verdachtsdiagnose zogen die AMS wesentlich mehr niedergelassene Fachärzte hinzu als die Allgemeinmediziner auf dem Land. Umgekehrt überwiesen sie wesentlich seltener direkt in die Klinik als diese.

Den im Rahmen der Nachsorge entstehenden Aufgaben kamen die AMS seltener in Eigenverantwortung nach als die Landärzte. Genauso wie sie zur Abklärung der Diagnose niedergelassene Fachärzte hinzugezogen hatten, schalteten sie diese auch zur Nachsorge vermehrt ein. (Zu ähnlichen Ergebnissen war ERNST /52/ in einer Studie über das Überweisungsverhalten von Stadt- und Landpraktikern gekommen.) Allerdings waren die AMS bei der nachgehenden Betreuung prognostisch ungünstiger Fälle genauso auf sich allein gestellt wie die AML.

Ihre Zusammenarbeit mit Krankenhäusern zeichnete sich im Gegensatz zu allen anderen Disziplinen vor allem dann aus, wenn es um die Information über die Aufklärung des dorthin überwiesenen Krebspatienten ging: in nahezu zwei Dritteln aller Fälle ging aus den Klinikunterlagen (z.B. Arztbriefen) eindeutig hervor, inwieweit der Patient dort aufgeklärt worden war. Auf die Bedeutung eines solchen Informationsflusses war bereits an entsprechender Stelle ausführlich eingegangen worden.

Die Betreuung der terminal erkrankten Patienten durch die Allgemeinärzte in der Stadt unterschied sich grundlegend von der durch die Landärzte: so befanden sich die meisten der AMS-Patienten in diesem Stadium der Erkrankung im Krankenhaus. Die Frequenz der Hausbesuche bei der kleinen Gruppe von zu Hause betreuten terminal Erkrankten war noch niedriger als bei den Internisten. Die hierbei zum Einsatz gekommenen Medikamente waren in erster Linie starke und Btm-pflichtige Analgetika - wie auch bei AML - im Gegensatz zu diesen setzten die AMS aber wesentlich mehr Psychopharmaka ein, so daß bei ihnen die Mengen der insgesamt pro Patient verordneten Medikamente am höchsten lag.

Folgende Ergebnisse aus dem allgemeinen Frageteil sollen gesondert hervorgehoben werden:
Eine nicht näher zu erklärende Diskrepanz entstand bei den AMS zwischen der allgemein von ihnen genannten Inzidenz von Magenkarzinomen in ihrer Praxis und der Zahl der tatsächlich im Laufe der Studie aufgetretenen Magenkarzinomfälle. Während bei ihnen nämlich wesentlich seltener Magenkarzinome als bei den Internisten und Landpraktikern diagnostiziert wurden, gaben sie das Magenkarzinom allgemein als zweithäufigstes in ihrer Praxis auftretendes Malignom an.

Die von den AMS angegebenen Hauptaufgaben im Rahmen der Onkologie entsprechen denen ihrer Kollegen auf dem Land. Auffallend war jedoch eine Einbeziehung auch

der spezifischen Tumortherapie in ihr Aufgabengebiet, was sich durch die tatsächlich dokumentierten Fälle nicht bestätigen ließ. Mit dem gegenwärtigen Standard aller Teilgebiete der Onkologie zeigten sich die AMS zufrieden.

12.4 Für die Internisten (IM) charakteristische Ergebnisse

Mit durchschnittlich 1.165 Scheinen pro Quartal hatten die Internisten die zweitkleinsten in dieser Studie vertretenen Praxen. Demgegenüber wiesen sie jedoch mit 6,44 Krebspatienten besogen auf 1.000 Scheine die größte Fallzahl auf. Wie schon bei den AMS gab es eine auffällige Häufung bestimmter Malignome in den an der Studie teilnehmenden Praxen: so diagnostizierten allein die Internisten zwei Drittel aller Rektumkarzinome und neben dem an der Studie teilnehmenden Urologen hatten nur sie maligne Nierentumoren entdeckt.

Die Multimorbidität lag bei den internistischen Patienten mit durchschnittlich 1,9 zusätzlichen Krankheiten neben dem Tumorleiden niedriger als bei den allgemeinmedizinischen Patienten, wobei neurologisch-psychiatrische Krankheiten im Vergleich zu den anderen Fachdisziplinen einen relativ hohen Stellenwert einnahmen. Bemerkenswert war, daß - im Gegensatz zu den Allgemeinärzten - bei den Internisten unter den Patienten mit günstiger Prognose die Zahl der zusätzlichen Vor- und Begleiterkrankungen größer war als unter denen mit schlechter Prognose. Die für die Allgemeinärzte bereits an anderer Stelle vorsichtig geäußerte Vermutung, daß eine größere Häufung von Krankheiten bei einem Krebspatienten die eigentliche Tumordiagnose verschleiern könnte, traf also für die Internisten nicht zu. Aus dieser Tatsache auf mögliche Unterschiede im diagnostischen Vorgehen zwischen Allgemeinärzten und Internisten rückzuschließen, bliebe umfangreicheren Untersuchungen

mit dieser speziellen Fragestellung vorbehalten.

Auch in anderer Hinsicht ergaben sich interessante Unterschiede zu den anderen Arztgruppen:
So hatte kein internistischer Krebspatient früher bereits mehrfach Beschwerden angegeben, die u.U. im Zusammenhang mit dem Malignom gestanden haben könnten. (Bei den Allgemeinmedizinern war das ja zu einem nicht unerheblichen Prozentsatz der Fall gewesen). So läßt sich vielleicht auch erklären, daß bei den internistischen Krebspatienten "nur" in 5o% der Fälle eine frühere Diagnosestellung möglich gewesen wäre. Die Schuld an einer möglichen Diagnoseverschleppung gaben die Internisten - im Gegensatz zu allen anderen Ärzten - nicht hauptsächlich dem Patienten, sondern vor allem auch dem vorbehandelnden (Haus)-Arzt.

Diagnostisch arbeiteten die Internisten fast ebenso selbständig wie die nicht-internistischen Fachärzte, im Gegensatz zu den Allgemeinmedizinern klärten sie in knapp der Hälfte ihrer Fälle die Verdachtsdiagnose in eigener Praxis ab.

Im Rahmen der allgemein wenig zufriedenstellenden Nachsorge war die nachgehende Tumorfürsorge der Internisten bei Patienten mit Kolon-Rektum-Karzinomen eine positive Ausnahme.

Angesichts des Ergebnisses bei den AMS war die Zahl der terminal erkrankten Krebspatienten, die sich in diesem Stadium der Erkrankung zu Hause befanden, bei den Internisten wider Erwarten hoch. Allerdings lag die Frequenz der Hausbesuche nicht höher als bei den Allgemeinmedizinern in der Stadt.
In der Kombination der in diesem Stadium verordneten Medikamente, nämlich vermehrter Einsatz von Psychopharmaka und dadurch Einsparung stärkster Analgetika, kamen die Internisten am ehesten den Therapievorschlägen des Heidelberger Arbeitskreises für Onkologie entgegen. Verglichen mit allen anderen Kollegen sprachen

die Internisten häufig, nämlich mit nahezu jedem zweiten ihrer Patienten im Terminalstadium über dessen nahenden Tod.

Ihre Hauptaufgaben auf dem Gebiet der Onkologie sahen die Internisten vorwiegend in der Vorfeld-Diagnostik und Nachsorge, was durch ihre onkologische Dokumentationen durchaus bestätigt wurde. Mit dem allgemeinen medizinischen Standard auf diesen beiden Teilgebieten waren sie zufrieden, wohingegen am Niveau von Vorsorgeuntersuchungen und spezifischer Tumortherapie Kritik geübt wurde.

12.5 Für die nicht-internistischen Fachärzte (FA) charakteristische Ergebnisse

Die mit durchschnittlich 1.467 Scheinen pro Quartal in der Größe an zweiter Stelle stehenden Facharztpraxen wiesen mit 3,5 Fällen bezogen auf 1.ooo Scheine die geringste Fallzahl auf. Das Tumorspektrum wie auch die Verteilung der Vor- und Begleiterkrankungen eines jeden Tumorpatienten entsprachen streng der Fachrichtung jedes teilnehmenden Facharztes.

Ohnehin war die Gruppe der Fachärzte die inhomogenste und konnte somit bei einer Reihe vergleichender Untersuchungen nicht mit einbezogen werden. Da sich 4o% der FA-Patienten zum Zeitpunkt der Studie erstmalig in Behandlung des befragten Arztes befanden war die durchschnittliche Behandlungsdauer mit 1,8 Jahren sehr kurz.

Die Zahl bereits verstorbener Patienten und solcher mit infauster Prognose lag bei den Fachärzten signifikant niedriger als bei den anderen Arztgruppen. Günstige Prognosen konnten die FA jedoch auch nicht häufiger als ihre Kollegen geben.

Die Multimorbidität lag mit o,3 zusätzlichen Krankheiten zum bestehenden Tumorleiden vergleichsweise niedrig,

was aufgrund der stark spezialisierten Fachrichtungen auch nicht weiter verwunderlich war. Die größte Häufung von Vor- und Begleiterkrankungen fanden sich – wie auch bei den Internisten – bei Patienten mit eher günstiger Prognose.

Im Rahmen der Diagnostik zeichneten sich die Fachärzte durch eine höhere Zahl von Malignomfällen, die mittels Vorsorge-Untersuchungen entdeckt wurden, aus; solche, durch Screening-Methoden im engeren Sinne entdeckten Tumoren machten immerhin rund 1o% der Gesamtfallzahl aus. Geht man aufgrund dieses Ergebnisses davon aus, daß die Fachärzte auch tatsächlich mehr Vorsorge-Untersuchungen durchführten, so stehen diese Zahlen im Gegensatz zu den Ergebnissen von NEUMANN /43/, in der er den Anteil der durch die verschiedenen (Fach)-Ärzte durchgeführten Vorsorge-Untersuchungen an der ärztlichen Gesamtleistung (Scheine pro Quartal) in Stuttgart (1973) ermittelte: damals erfolgten 63% der Krebsvorsorgeuntersuchungen durch praktische Ärzte. Ebenfalls im Zusammenhang mit der starken Spezialisierung der in dieser Studie vertretenen Fachärzte müssen auch die weiteren auffälligen Ergebnisse gesehen werden: so deckten sich in der überwiegenden Zahl der Fälle die Verdachtsdiagnose mit der endgültigen Diagnose. In über 5o% wurde die Verdachtsdiagnose in eigener Praxis abgeklärt. Ein nur geringer Teil ihrer Patienten befand sich im Verlauf der Studie bereits im terminalstadium der Erkrankung, wo sie übrigens vergleichsweise die wenigsten Medikamente verordneten. Sie hatten auch am seltensten Kontakt zu den Angehörigen ihrer Krebspatienten, die sie im Vergleich zu den anderen Ärzten verhältnismäßig selten aufklärten.

Von allen an der Studie teilnehmenden Ärzten verloren die Fachärzte übrigens auch am häufigsten den Kontakt zum Patienten nach dessen Überweisung an die Klinik. All dies legt die Vermutung nahe, daß die Fachärzte

eher auf spezialisierte Diagnostik, weniger auf die Betreuung, Aufklärung und Fürsorge von Krebspatienten eingerichtet sind. Dem entspricht auch, daß die Fachärzte nur bei prognostisch günstigen Fällen die Nachsorge übernahmen, bei schlechterer Prognose jedoch zunehmend auch die Hausärzte einschalteten.

Dementsprechend definierten die Fachärzte auch ihre Hauptaufgaben auf dem Gebiet der Krebsmedizin: für ihre Belange ist in erster Linie die spezielle Diagnostik wichtig, hier sind sie durchweg einverstanden mit den gegenwärtig bestehenden Möglichkeiten. Die Vorsorgeuntersuchungen werden zwar auch für wichtig erachtet, jedoch nicht unbedingt zum eigenen Aufgabengebiet gezählt (was allerdings in einem gewissen Widerspruch zu den Ergebnissen der Dokumentation steht).

12.6 Schlußwort

An dieser Stelle sollen noch einmal zwei wesentliche Ergebnisse der vorliegenden Studie hervorgehoben werden:

- Den Allgemeinarzt in seiner charakteristischen Funktion als Haus- und Familienarzt gab es in dieser Studie ebensowenig wie den (ausschließlich auf vorwiegend apparative Diagnostik ausgerichtet praktizierenden Fach- (bzw. Gebiets-)arzt.

- Dennoch bestehende Unterschiede in Aufbau, Klientel und Fachrichtung der teilnehmenden Praxen hatten keinen wesentlichen Einfluß auf die Prognose der einzelnen Tumorpatienten zum Zeitpunkt der Diagnose ihrer Krankheit.
  Trotz z.T. rationell eingesetzter und spezialisierter Diagnostik einerseits oder genauer Kenntis der Eigen- und Familienanamnese aufgrund eines langjährigen Arzt-Patienten-Verhältnisses andererseits

bestanden nur in wenigen Fällen reelle Aussichten auf 5- oder gar 10-Jahresheilung.

An dieser Stelle konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Krebsmedizin im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit zu machen, wäre aus der Sicht dieser Studie sicherlich nicht möglich und läge auch außerhalb ihres Aufgabenbereiches.

Im Hinblick auf nachfolgende Studien seien noch einige Schwierigkeiten erwähnt, die bei der Durchführung dieser Arbeit zwangsläufig entstehen mußten: die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten gestaltete sich nämlich aus zweierlei Gründen als recht schwierig:

- erstens bedeutete die Mitarbeit an dieser Studie für den im Umgang mit wissenschaftlichen Arbeiten unerfahrenen niedergelassenen Arzt einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand,
- zweitens war – das wurde uns im Verlauf der vergangenen Jahre klar – die Dokumentation einzelner Krankendaten in nahezu allen beteiligten Praxen nicht vollständig genug, um gewünschte Daten mühelos "abzurufen". Eben dies wäre aber zur Beantwortung der meisten im Dokumentationsbogen gestellten Fragen nötig gewesen.

Daraus ergibt sich für uns im Hinblick auf sich anschließende Studien die Schlußfolgerung, zum einen möglichst wenige aber gezielte und eindeutige Fragen an möglichst viele niedergelassene Ärzte zu stellen und zum anderen den Anteil von Fragen, die nur aus der Retrospektive beantwortet werden können, so gering wie möglich zu halten.

13. LITERATURVERZEICHNIS

/1/ BARTSCH, W.: "Rationelle Diagnostik bei der nachgehenden Tumorfürsorge durch den Allgemeinarzt" Zeitschrift "Der praktische Arzt", 28/78, S. 3304 - 3307

/2/ BLOHMKE, KOSCHORRECK, ZIEGLER: "Die Anamnese beim niedergelassenen Arzt unter Berücksichtigung der Situation des Arztes für Allgemeinmedizin und für innere Medizin" Deutscher Ärzteverlag 1981;

/3/ BRAUN, R.N.: "Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin" Zeitschrift "Deutsches Ärzteblatt" 11/81;

/4/ BUSSE, V : "Das Tumorrezidiv in der Allgemeinpraxis" Zeitschrift "Der praktische Arzt", 6/78;

/5/ COX, K.: "The GP and the cancer patient", Zeitschrift "Australian Family Physician" 7/Juni 78

/6/ DIE GROSSE KREBSKONFERENZ Band 83/1980

/7/ DOLD, U.: "Zytostatische Behandlung auch in der Praxis?" Zeitschrift für Allgemeinmedizin 13/78

/8/ EICHNER, H.: "Die Rolle des Hausarztes in der Prävention" Zeitschrift "Der praktische Arzt" 4/79

/9/ ELLWANGER ,E.: "Rehabilitation von Karzinompatienten" "Zeitschrift für Allgemeinmedizin" 13/78

/10/ FRÜHERKENNUNG BÖSARTIGER NEUBILDUNGEN BEI DER FRAU Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD, Heft 8 Deutscher Ärzte-Verlag 1977

/11/ GALLMEIER; W.M.: "Plädoyer für die Krebstherapie am Heimatort" Zeitschrift "Münchner medizinische Wochenschrift" 8/78

/12/ GALLMEIER, W.M.: "Schmerztherapie im fortgeschrittenen Krebsstadium" Zeitschrift"Münchner Medizinische Wochenschrift" 1/80

/13/ GÖPEL, H.G.: "Kritik der Malignomdiagnostik in der Praxis" Zeitschrift " Der praktische Arzt" 15,16/75

/14/ GÖPEL, H.G.: "Vorsorge und Früherkennung in der Allgemeinpraxis" Zeitschrift "MMG" 1/76

/15/ GROPP, H.: "Grundregeln der Betreuung und Führung des Tumorkranken in Klinik und Praxis" "Zeitschrift für Allgemeinmedizin" 16/77

/16/ HÄUSSLER, S.: "Allgemeinmedizin in Gegenwart und Zukunft" Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Arbeitshygiene Gentner-Verlag Stuttgart 1969

/17/ HAMM, H. Allgemeinmedizin Thieme Stuttgart 1979

/18/ HAUNHORST, SCHUNCK, OTT "Die standardisierte Krebsnachsorge im Rahmen einer onkologischen Sprechstunde" "Krebsmedizin" 2/81

/19/ HELLER, G.: "Funktionen des Allgemeinpraktikers bei der Früherkennung und Nachbehandlung von Krebserkrankungen" Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung 4/74

/20/ HELLER, G.: "Krebsfrüherkennung in der ärztlichen Praxis" Österreichische Zeitschrift für Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit 5/71

/21/ HEYDE, W.: "Einfluß von Nachbehandlungsmaßnahmen auf die Langzeitprognose Krebskranker" Zeitschrift "Schleswigholsteinisches Ärzteblatt" 1/73

/22/ ISELE, H.: "Krebsfrüherkennung- die größten Chancen hat der Hausarzt" Zeitschrift "Musik und Medizin" 4/79

/23/ ISELE, H.: "Früh- und Leitsymptome maligner Tumoren" Zeitschrift für Allgemeinmedizin 55/79

/24/ ISELE, H.: "Krebsvorsorge in der Allgemeinpraxis" Zeitschrift "Therapiewoche" 25/75

/25/ ISELE, H.: "Onkologische Nachsorge durch den Allgemeinarzt" Zeitschrift für Allgemeinmedizin 53/77

/26/ ISELE, H.: "Überwachungsschemata zur Krebsnachsorge" Zeitschrift "Der praktische Arzt" 22/78

/27/ ISELE, H.: "Onkologische Nachsorge in der Praxis" Zeitschrift "Fortschritte der Medizin" 3/78

/28/ ISELE, H.: "Ambulante Krebsnachsorge" Zeitschrift "Fortschritte der Medizin" 3/78

/29/ KARRER, K.: "Die adjuvante Chemotherapie" Zeitschrift "Therapie der Gegenwart" 118/79

/30/ KEREKJARTO, M.v.: "Psychosoziale Faktoren bei der Therapie und Betreuung von Neoplasiepatienten" Zeitschrift "Medizinische Klinik" 10/82

/31/ KLIMM, H.-D.: "Aufklärung und psychologische Führung von Krebskranken" Zeitschrift für Allgemeinmedizin 57/81

/32/ KOCH, U.: "Möglichkeiten einer Erforschung der psychosozialen Bedingungen der Krebserkrankungen" Zeitschrift "Medizinische Klinik" 10/82

/33/ KREBSBEKÄMPFUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG Wissenschaftliche Reihe, Band 21 Deutscher Ärzte-Verlag 1981

/34/ LAWIN,HUTH,: "Grenzen der ärztlichen Aufklärungs- und Behandlungspflicht aus medizinischer und rechtlicher Sicht" Zeitschrift "Deutsches Ärzteblatt" 12/82

/35/ LOTH,DAVIS : "Allgemeinmedizin für Studenten" Hippokrates Verlag Stuttgart 1982

/36/ LINDE, van der : "Prioritäten der Früherfassung" Zeitschrift "Münchner medizinische Wochenschrift" 1/80

/37/ LOVE,STONE : "Instructional Objectives for a teaching program in cancer for Primary Care Physicians" Zeitschrift "The Journal of Family Practice" 6/78

/38/ LEITHOFF "Die Aufklärungspflicht aus ärztlicher Sicht" Zeitschrift "Deutsches Ärzteblatt" 1/73

/39/ MATTERN, H.: "psychologische Probleme bei der Behandlung Krebskranker in der Allgemeinpraxis" Zeitschrift "Deutsches Ärzteblatt" 5/74

/40/ MESTWERTT, G.: "Aufgaben der ärztlichen Allgemeinpraxis in der Krebsbekämpfung der Frau" Literatursammlung Allgemeinmedizin

/41/ NEUMANN, G.: "Möglichkeiten und Grenzen der Krebsfrüherkennung aus der Sicht des Krebsregisters" Zeitschrift für Allgemeinmedizin 16/77

/42/ NEUMANN, G.: "Krebsfrüherkennung und Krebsregister" Zeitschrift für Allgemeinmedizin 16/76

/43/ NEUMANN, G.: "Krebsfrüherkennung und kurative Medizin"
Zeitschrift "Medizinische Klinik" 8/76

/44/ NEUMANN, G.: "Stuttgarter Nachsorge- und Informationsbögen"
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 13/78

/45/ NEUMANN, G.: "Das Problem der Krebserkrankung in der Vorstellung der Bevölkerung"
Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens
Thieme Verlag 1969

/46/ NUR IN BONN EIN MISSTAND?"Zeitschrift "Münchner Medizinische Wochenschrift" 120 8/78

/47/ OESER, H.: "Krebsbekämpfung: Hoffnung und Realität"
Thieme Verlag Stuttgart 1974

/48/ PEPPIATT, R.: "Malignant disease in general practice"
Zeitschrift "Practitioner" Oct. 1979

/49/ PFEIFFER, K.: "Wege zur systematischen Bekämpfung von Geschwulstkrankheiten"
Thieme Verlag Leipzig 1973

/50/ PFEIFFER, K.: "Gesetzliche Bestimmungen über die Bekämpfung der Geschwulstkrankheiten in der DDR"
Thieme Verlag Leipzig 1973

/51/ PFLEIDERER, A.: "Organisation und Durchführung der Nachsorge bei Karzinompatientinnen"
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 53/77

/52/ PILLAU, H.: "Ambulante Überweisungstätigkeit"
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 54/78

/53/ SAUER, R.: "Krebsangst"
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 16/77

/54/ SCHEIBE, O.: "Krebsnachsorge"
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 13/78

/55/ SCHEIBE,WAGNER BOKELMANN "Krebnachsorge"
Verlag Urban und Schwarzenberg 1980

/56/ SCHMALE,JÄGER "Streß und Krebs"
Zeitschrift "Medizinische Klinik" 10/82

/57/ SCHROMBGENS, H.H.: "Betreuung und Führung des Tumorkranken in der Praxis"
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 16/77

/58/ SCHWOLOW, K.: "Das Klientel einer allgemeinmedizinischen Stadt-Rand-Praxis - Inanspruchnahme, Morbidität und Leistungsspektrum" IMBIS 11/79

/59/ SENN, H.J.: "Führung und Betreuung des Krebskranken" Zeitschrift für Allgemeinmedizin 5/79

/60/ SPECHT, G.: "Aufklärung - vom Patienten aus gesehen" Zeitschrift "Informationen des Berufsverbandes deutscher Chirurgen e.V." 3/82

/61/ THEML, H.: "Verdrängung und Aufklärung - zur Dynamik des Umganges mit unheilbaren Erkrankungen" Zeitschrift "Medizinische Klinik" 10/82

/62/ TÖNIES,H.: "Krebspatient, Hausarzt und Familie" Zeitschrift "Biologische Medizin" 12/77

/63/ VOGT-MOYKOPF,DRINGS LÜLLIG,MANKE "Nachsorge bei Bronchialkarzinomen" Zeitschrift "Deutsches Ärzteblatt" 10/82

/64/ WEHINGER, H.: "Besondere Gesichtspunkte bei der Betreuung und Führung des tumorkranken Kindes und seiner Eltern" Zeitschrift für Allgemeinmedizin 16/77

/65/ WREDE, H.H.: "Krebs erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit" Zeitschrift "Ärzteblatt Rheinland-Pfalz" 4/76

/66/ MOTIVATION DER BEVÖLKERUNG ZUR KREBSVORSORGE Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Band 40 (1976)

/67/ MULTIMORBIDITÄT IN DER ALLGEMEINPRAXIS (W.van Eimeren) Schriftenreihe des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der BRD, Band III (1976) Deutscher Ärzte-Verlag

/68/ FRENTZEL-BEYME, R.: "Krebsatlas der BRD" Springer-Verlag (1979)

Den folgenden Damen und Herren fühlen wir uns für ihre Bemühungen im Zusammenhang mit unserer Dissertation besonders zu Dank verpflichtet.

Dem Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin Herrn Dr. P. Helmich danken wir für die Stellung des Themas und für die Unterstützung und anleitung bei der Arbeit.
Ebenso danken wir Herrn Prof. Dr. W. Schneider für die Übernahme des Referates.

Ein besonderer Dank sei an die an dieser Studie beteiligten niedergelassenen Ärzte gerichtet, die wir zur Wahrung der Anonymität leider nicht nennen können, ohne die jedoch ein Zustandekommen dieser Arbeit völlig ausgeschlossen gewesen wäre.

Essen im September 1984

Lebenslauf

Am 6. Dezember 1957 wurde ich, Sabine Brugger, als Tochter des Werbegraphikers Siegfried Brugger und seiner Ehefrau Helga, geb. Grapentin in Essen geboren. Hier wurde ich im April 1963 in die evangelische Grundschule Essen-Haarzopf eingeschult. Nach vierjährigem Besuch dieser Schule trat ich im September 1967 in das Mädchengymnasium Essen-Bredeney (späteres Gymnasium an der Grashofstraße) ein, wo ich im Mai 1976 die Reifeprüfung ablegte. Im Oktober 1976 begann ich an der Universität Düsseldorf das Studium der Humanmedizin, das ich im Oktober 1982 nach Ableistung des praktischen Jahres in den Fächern Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie abschloß.
Seit Januar 1983 bin ich als Assistenzärztin an der chirurgischen Abteilung des katholischen Krankenhauses Philippusstift unter der Leitung von Dr. A. Spickermann tätig.

Lebenslauf

Am 19. September 1956 wurde ich, Thomas Frenzel, als Sohn des Chirurgen Dr. Peter Frenzel und seiner Ehefrau Inge, geb. Kröber, in Hamburg geboren.
1959 erfolgte der Umzug nach Mönchengladbach, wo ich von 1962 bis 66 die evangelische Grundschule "Knoop-Schule" besuchte. Bis zum Umzug nach Essen 1967 war ich Schüler am Stift. Hum. Gymnasium in Mönchen-Gladbach. Von 1967 bis 1975 besuchte ich das städtische Burggymnasium in Essen, wo ich im Juni 1975 die Reifeprüfung ablegte. Vom Oktober 1975 bis August 1976 absolvierte ich einen Teil des Wehrdienstes als Sanitätssoldat in Budel (NL) und Essen. Vom August 76 bis August 77 studierte ich im Fachbereich Humanmedizin an der "Rijks-Universiteit" in Gent (Belgien). Im September 77 erfolgte der Wechsel an die Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen, wo ich im August 1978 das Physikum bestand.
Von 1978 bis 1982 studierte ich Humanmedizin an der Universität Düsseldorf; nach Ableistung des praktischen Jahres in den Fächern Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie schloß ich das Studium im Oktober 1982 ab.
Von Dezember 82 bis April 83 leistete ich als Stabsarzt den Rest meiner Wehrdienstzeit in München und Osnabrück ab.
Seit April 1983 bin ich Assistenzarzt an der Inneren Abteilung des Knappschaftskrankenhauses Essen unter der Leitung von Prof. Dr. J. Papenberg.